

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA
SLAUGOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS KLINIKA

DAUGALĖ ELVYRA GIŽIENĖ

KINEZITERAPIJOS POVEIKIS SERGANTIEMIEMS DEPRESIJA
Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė
Dr. Edita Bagdžiūtė

KAUNAS, 2011

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA
SLAUGOS FAKULTETAS
REABILITACIJOS KLINIKA

TVIRTINU

Slaugos fakulteto dekanė

Doc. dr. Jūratė Macijauskienė

.....

KINEZITERAPIJOS POVEIKIS SERGANTIEMIEMS DEPRESIJA
Magistro baigiamasis darbas

Konsultantė

Irena Jarmalavičiūtė

.....

Recenzentas

.....

.....

Darbo vadovė

Dr. Edita Bagdžiūtė

.....

Darbą atliko

Magistrantė

Daugalė Elvyra Gižienė

.....

KAUNAS, 2011

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SANTRUMPOS	6
ĮVADAS	7
1. LITERATŪROS APŽVALGA	9
1.1 Depresija ir jos simptomai	9
1.2 Depresijos paplitimas	11
1.3 Depresijos rūšys	13
1.4 Depresijos priežastys	15
1.5 Depresijos tyrimo instrumentai	16
1.6 Depresijos gydymo metodai	17
2. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	23
3. TYRIMO METODIKA	23
3.1 Tiriamųjų kontingentas	24
3.2 Tyrimo organizavimas	24
3.3 Tyrimo metodai	26
3.3.1 Tiriamųjų funkcinės būklės vertinimas	26
3.3.2 Subjektyvus ligonių būklės vertinimas	26
3.3.3 Depresijos lygio vertinimas	27
3.3.4 Duomenų analizės metodai	28
4. REZULTATAI	28
4.1 Tiriamųjų AKS ir ŠSD rodikliai prieš kineziterapiją ir po kineziterapijos	29
4.2 Hamiltono depresijos skalės vertinimai prieš kineziterapiją ir po kineziterapijos	30
4.3 Anketinė apklausa	31
5. REZULTATŲ APTARIMAS	39
6. IŠVADOS	43
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	43
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS	44
9. PRIEDAI	48

SANTRAUKA

D. E. Gižienė. Kineziterapijos poveikis sergantiesiems depresija, magistro baigiamasis darbas/ mokslinė vadovė dr. E. Bagdžiūtė; Lietuvos Sveikatos Mokslų Universitetas, Medicinos Akademija, Slaugos fakultetas, Reabilitacijos klinika. – Kaunas, 2011, - 47 p.

Tyrimo tikslas – įvertinti kineziterapijos poveikį sergančiųjų depresija psichoemocinei būsenai ir funkciniai būklei. Tyrimo uždaviniai: 1. Įvertinti kineziterapijos poveikį pacientų, sergančių depresija, funkciniai būklei; 2. Įvertinti kineziterapijos poveikį subjektyviam ligonių būklės vertinimui; 3. Įvertinti kineziterapijos poveikį pacientų, sergančių depresija, psichoemocinei būklei.

Tyrimo kontingentas: tiriamąją grupę sudarė 24 pacientai kuriems taikyta kineziterapija, kontrolinę grupę - 23 pacientai, gydyti VŠĮ Kauno ligoninės padalinio Marių ligoninės depresijų skyriuje. Visiems pacientams buvo diagnozuota klasikinė depresija. Abiejose grupėse buvo vertinta pacientų funkcinė būklė, depresijos sunkumas pagal Hamiltono depresijos skalę; tiriamoji grupė užpildė klausimyną, skirtą jų psichoemocinei būklei vertinti.

Tiriamosios grupės pacientams taikyta kineziterapijos programa, susidedanti iš bendrojo lavinimo, atsipalaidavimo pratimų, judriųjų žaidimų ir pratimų, stiprinančių nugaros raumenis.

Darbo išvados: 1. Kineziterapija neturėjo įtakos pacientų funkcinės būklės pokyčiams: ŠSD ir AKS pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p>0,05$). 2. Kineziterapija turėjo įtakos ligonių subjektyviam būklės vertinimui: pagerėjo miegas, bendravimas, vidinė būsena, fizinė būklė padidėjo noras žiūrėti televizorių. 3. Tiriamosios ir kontrolinės grupių pacientų depresijos sunkumo lygis sumažėjo ir statistiškai reikšmingai tarpusavyje nesiskyrė ($p>0,05$), t.y. kineziterapija psichoemocinės būklės kitimui įtakos neturėjo.

SUMMARY

D. E. Giziene. Effect of physical therapy on patients with depression, Master's Thesis / academic advisor dr. E. Bagdziute; Rehabilitation Clinic, Faculty of Nursing, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences. – Kaunas, 2011, - s. 47.

The aim of the research is to assess the effect of physical therapy on the psycho-emotional state and functional status in persons with depression. Research objectives: 1. to evaluate the effect of physical therapy on the functional status in patients with depression; 2. to evaluate the effect of physical therapy on the subjective assessment of the patients' condition; 3. to evaluate the effect of physical therapy on psycho-emotional state in patients with depression.

Research subjects: the research group and the control group included 24 and 23 patients, respectively. All patients were diagnosed with classical depression and they received treatment at the Depression Division of Mariu Hospital, a subdivision of Public Institution Kaunas Hospital. In both groups, the functional status of the patients was assessed and the level of depression was determined using the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). Furthermore, the research group completed a questionnaire designed to assess their psycho-emotional state.

The patients of the research group were enrolled on a physical therapy programme consisting of general training, loosening exercises, and mobile games/exercises to stabilize the spinal muscles.

Conclusions: 1. Physical therapy had no impact on changes in the patients' functional status: the changes in the heart rate and arterial blood pressure were not statistically significant ($p > 0,05$). 2. Physical therapy affected the subjective assessment of the patients' condition: there was improvement in sleep, communication, state of mind, physical condition, the patients were more eager to watch TV. 3. The level of depression among patients of both groups decreased and the difference between them was not statistically significant ($p > 0,05$), i.e. physical therapy did not lead to changes in psycho-emotional state.

SANTRUMPOS

AD – antidepresantai

AKS – arterinis kraujospūdis

HAM –D – Hamiltono depresijos vertinimo skalė

KT – kineziterapija

NT – neurotransmiteriai

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

ŠSD – širdies susitraukimų dažnis

IVADAS

Šiuo metu juntamas didelis visuomenės rūpinimasis psichikos sveikata, didėjančia psichikos sutrikimų ekonomine ir socialine našta, vis dar dažnu neigiamu požiūriu į psichikos sutrikimus turinčius asmenis [14].

1946 m. PSO konstitucijoje priimtas toks sveikatos apibrėžimas: „Sveikata yra visiškos fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės būseną ir ne vien ligos ar negalios nebuvimas“. Psichikos sveikata yra emocinis ir dvasinis atsparumas, kuris leidžia patirti džiaugsmą ir išverti skausmą, nusivylimą ir liūdesį; tai gėrio jausmas, kuriuo remiasi tikėjimas savo bei kitų žmonių orumu ir verte [14].

Pasaulio mokslininkai vis aiškiau apibrėžia psichikos sveikatos įtaką atskiro žmogaus, visuomenės ir visos šalies gyvenimo kokybei. Žmonės, turintys šių sutrikimų, dažnai patiria socialinę izoliaciją, jų gyvenimo kokybė yra žema, o mirtingumas – didelis [1]. Nustatyta, kad psichikos ir elgesio sutrikimai, vertinant pagal ekonominę šių sutrikimų naštą valstybei ir visuomenei, pradeda vyrauti bendrojoje visų sutrikimų struktūroje [1].

Vis dažniau apie depresiją prabylama kaip apie mūsų amžiaus marą ir teigiama, kad vis daugiau žmonių vartoja antidepresantus [23]. PSO duomenimis, nuo depresijos pasaulyje kenčia 154 mln. žmonių [1]. Depresija dažnai yra sekinanti liga. [39]. Kaip teigia J. A. Costa e Silvo, psichikos ir elgesio sutrikimai yra viena didžiausių visuomenės sveikatos problemų. Visuomenė fiziškai neįgaliems savo nariams jaučia užuojautą ir teikia kokią nors paramą, psichiškai neįgalūs žmonės dažnai atstumiami, daugelis mano, kad sirgti psichikos ligomis – gėda. Pažymima, kad nuo psichikos ir elgesio sutrikimų kenčiantiems žmonėms reikia tiek mūsų pagarbos, tiek ir paramos. PSO pabrėžia, kad požiūris į psichinę negalią turi būti toks pat, kaip ir į fizinę [16].

Depresija, kaip nurodoma įvairiuose šaltiniuose, turėtų būti gydoma kompleksiskai. Viena iš priežasčių, dėl kurių depresijos gydymas yra nepakankamai sėkmingas, yra per siauras, vienpusiškas požiūris į pačią ligą. Pagrindinė depresijos gydymo nesėkmė gali būti ta, jog daugelis sveikatos priežiūros specialistų mato depresiją tik kaip biologinį, arba tik kaip psichologinį sutrikimą, dėl to ir pagalba teikiama tik vienpusiška [36]. Darbo su priklausomais nuo narkotinių medžiagų asmenimis metodikoje pažymima, kad depresija, kaip ir priklausomybės ligos, yra biopsichosocialinis sutrikimas [3].

Atlikta daugybė tyrimų, patvirtinančių antidepresantų (AD) efektyvumą bei saugumą, tačiau farmakoterapija - ne vienintelis depresijos gydymo būdas. Būtina žinoti ir kitus, nemedikamentinius gydymo būdus, kurie ne tik patys gali palengvinti depresijos simptomus, bet sustiprinti antidepresantų

poveikį, ko pasekoje galima mažinti jų dozes bei išvengti gydymo nutraukimo [10]. Vienas nemedikamentinio gydymo būdų – fizinė mankšta. Pasak S. Saudargienės, mankšta, ne tik gerina fizinį pajėgumą, bet ir palengvina naujų įgūdžių įsisavinimą, dalijimąsi problemomis ir ypatingais interesais, leidžia pasiekti geresnę fizinę formą, geresnį savęs vertinimą [18].

S. Saudargienė su bendraautoriais teigia, kad sergančiųjų depresija gydymo efektyvumas dažnai tyrinėjamas tik klinikiniu psichinės būsenos vertinimo aspektu, trūksta tyrimų, orientuotų į fizinės mankštos poveikį visapusiškam depresijos gydymui [19].

M. Jasulaitis ir J. Neverauskas pastebi, jog reguliariai atliekami fiziniai pratimai arba jų derinimas su kitomis terapijos rūšimis pagerina ligonių, sergančių lengva arba vidutine depresija, būklę. Fizinio pratimo veikimo mechanizmas nėra iki galo aiškus, tačiau manoma, kad fizinis krūvis mažina stresą, taip pat veikia biologiškai veiklių medžiagų pusiausvyrą smegenyse [9]. Nustatyta, kad reguliarius fiziniai pratimai, pagerėjęs fizinis pajėgumas padidina serotonino lygį smegenyse, dėl to gerėja nuotaika ir atsiranda gerovės jausmas. Taip pat reguliarius mankštinimasis pakelia kūno temperatūrą, kuri, veikdama chemines medžiagas smegenyse, gali palengvinti depresiją [9, 30, 50]. Fizinė veikla yra itin stipraus poveikio antidepresantas be jokio šalutinio poveikio [40].

Įrodyta, kad fiziniai pratimai labai greitai mažina fizinius streso požymius, to pasekoje didėja organizmo atsparumas ne tik fiziniam krūviui, bet ir kitiems aplinkos poveikiams [10].

Depresija yra aktuali psichikos sveikatos problema. Dažnai depresijos kompleksiniame gydyme dominuoja gydymas vaistais ir skiriamas nepakankamas dėmesys kitoms terapijos rūšims, tarp jų - ir kineziterapijai. Tyrimai apie fizinio aktyvumo naudą yra reikalingi tam, kad parinkti mėgstamas užsiėmimų formas, jų intensyvumą ir pobūdį sergantiesiems depresija. Tikslinga tyrinėti, kaip keičiasi ligonių, sergančių depresija psichinės sveikatos būklė taikant kineziterapiją, bei sužinoti, kaip patys sergantieji depresija vertina šios terapijos naudą jų kompleksiniame gydyme. Todėl pagrindinis šio darbo tikslas yra įvertinti kineziterapijos poveikį sergančiųjų depresija psichoemociinei bei funkicinei būklei.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Depresija ir jos simptomai

Depresija yra liūdesio ar dirglios nuotaikos periodas, kai sutrinka miegas ir pasikeičia apetitas, ryškėja anhedonija, sulėtėja ar pagreitėja psichomotorika, sunku susitelkti, jaučiamas nuovargis, neviltis ir bejėgiškumas, kyla mintis nusižudyti, sutrinka įvairios funkcijos [6]. Depresija (lot. depressio – prislėgtumas, slopinimas) - tai liguistai liūdna, prislėgta nuotaika. Depresija gali būti kitų ligų simptomas, sindromas ar pagrindinis ligos požymis [12].

Klasikiniam depresiniam sindromui būdinga triada – bloga nuotaika, sulėtėjęs mąstymas ir sulėtėję judesiai [12].

Dauguma pacientų, kuriems nustatomas psichikos sutrikimas, skundžiasi somatiniais simptomais [6]. Šie simptomai gali pasireikšti burnos ir kitų gleivinių džiūvimu, virškinimo ir seksualiniais sutrikimais, padidėjusiu kraujospūdžiu ir tachikardija. Taip pat galimi skausmai širdies plote, pilve, galvoje, gerklėje ir kituose organuose. Tirpsta, šąla galūnės [12].

Psichologiniais sutrikimais skundžiasi mažiau kaip 20 proc. šių pacientų. Ne visada sergantis depresija skundžiasi liūdesiu, prislėgta nuotaika, jis gali būti dirglus, irzlus [6].

Išskiriami šie depresijos diagnostikos kriterijai:

1. Liguistai prislėgta nuotaika kamuoja kasdien, liūdesys nepraeina didesnę dienos dalį;
2. Išnykę interesai, dingęs malonumo pojūtis įprastinei veiklai, nebedomina bendravimas;
3. Mažėja kūno svoris, nors nesilaikoma dietos arba, atvirkščiai, jis didėja;
4. Miegama per ilgai arba per trumpai, per anksti pabundama;
5. Irzlumas, nerimastingumas, ažitacija ar judesių bei kalbos užslopinimas;
6. Nuolat jaučiamas nuovargis, silpnumas, libido sumažėjimas;
7. Išnykęs pasitikėjimas savimi, menkavertiškumo, kaltės arba beviltiškumo jausmas;
8. Dėmesio sutrikimai: sunku susikaupti, įsiminti bei ką nors nuspręsti;
9. Kyla mintys apie mirtį arba savižudybę [12,34].

Nurodoma, kad jei šių simptomų yra ne mažiau kaip penki ir jei jie trunka dvi savaites ir nėra kitų priežasčių (artimo mirtis, psichotropinių preparatų vartojimas, somatinės ligos), diagnozuojama depresija. Sergantis depresija žmogus nustoja domėtis viskuo, kas jam teikė malonumą (anhedonija) [12].

Specifiniai simptomai, padedantys atskirti depresiją nuo somatinės ligos, yra suicidinės mintys, neviltis, sumažėję socialinės veiklos interesai, veiksmingumas, neryžtingumas, nepasitenkinimas [6].

Depresijos diagnostikos kriterijai pagal Tarptautinės ligų klasifikacijos dešimtąją redakciją (TLK-10):

- liūdna nuotaika, sumažėję interesai ir pasitenkinimas,
- sumažėjusi energija ir padidėjęs nuovargis bei mažas aktyvumas.

Kiti simptomai:

- susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys,
- sumažėjęs savęs vertinimas bei pasitikėjimas savimi,
- kaltės ir bevertiškumo idėjos (net ir lengvos depresijos metu),
- niūrus ir pesimistinis ateities įsivaizdavimas,
- savęs žalojimo ar savižudybės idėjos arba veiksmai,
- sutrikęs miegas,
- sumažėjęs apetitas [16].

Didžiausią pavojų pačiam sergančiajam, jo artimiesiems ir visuomenei keliantis simptomas – tai suicidinės mintys ar bandymai.

Atliktų tyrimų duomenys rodo, kad savižudybės labai susijusios su depresija, o nediagnozuotos ir negydytos depresijos yra svarbus veiksnys, lemiantis didelį savižudybių skaičių [15]. Nustatyta, kad apie 60 proc. savižudybės aukų kenčia nuo depresijos, apie 30 proc. turi kitų psichikos sutrikimų [47].

Paprastai suicidas – tai ilgalaikis procesas, per kurį nuo 70 iki 95 proc. suicidentų signalizuoja apie savo ketinimus. Šis signalizacijos procesas vadinamas suicidine komunikacija, kuri būna:

- netiesioginė neverbalinė – baigiami svarbiausi darbai, grąžinamos skolos ir t.t.;
- tiesioginė neverbalinė – kaupiami medikamentai suicide vykdymui, įsigyjamasis ginklas ir t.t.;
- netiesioginė verbalinė – pokalbio metu išsprūsta “viskas beviltiška”, “nebėra prasmės gyventi” ir t.t.;
- tiesioginė verbalinė – tiesiai pranešama apie ketinimą nusižudyti [8].

Dažnai nusižudo sergantieji ažiutuota depresija. Šios depresijos atveju kartu su nerimu atsiranda susijaudinimas, kurio metu nenustygstama vietoje, dejuojama, lakstoma, verkiama, plėšiami rūbai nuo savęs, daužoma galva į sieną – „raptus melancholicus“. Tokie pacientai pavojingi ne tik sau,

bet ir aplinkiniams. Minčių apie savižudybę kyla ir pacientams, sergantiems sunkiu depresijos epizodu su psichozės simptomais [12].

Vyrų savižudybės sudaro didžiąją dalį ir jų dažnumas linkęs didėti [1].

Depresija dažnai gali įtakoti nepalankią gydymo baigtį sergantiesiems širdies kraujagyslių sistemos ligomis. Ši liga gali turėti įtakos pacientų, kuriems atlikta koronarinių arterijų operacija, mirtingumui. Depresijos ryšys su didesniu mirtingumu aiškinamas per netiesiogines depresijos sąsajas su kitais rizikos veiksniais, tokiais, kaip rūkymas, viršsvoris ir per tiesioginius depresijos ryšius su fiziologiniais reiškiniais, tokiais, kaip virusiniai ar uždegiminiai procesai, padidėjęs kraujo krešumas, padidėjęs noradrenalino kiekis plazmoje [18].

Kai kurie depresija sergantys pacientai nenori pripažinti to, kad jie serga stipriai sekinama liga, kuri labai sutrikdo socialinį funkcionavimą ir darbingumą. Dažnai depresija yra lydima kitų sutrikimų, pvz., priklausomybės nuo alkoholio ar narkotikų sindromo, žalingo šių medžiagų vartojimo, kuris apsunkina depresijos diagnostiką [39].

PSO teigia, kad stacionarinis gydymas yra reikalingas 5-10 proc. depresija sergančių asmenų. Gali atrodyti, kad tai nedidelis skaičius, tačiau, gydymo požiūriu, tai sunkiausia grupė - į psichiatrijos ligoninę patenka žmonės, kurių sveikatos būklė sunkesnė, didesnė savižudybės rizika, depresiją dažniau lydi kiti psichikos sutrikimai [15].

Nediagnozuotą depresiją, pasekmės gali būti įvairios:

- netikslinga „somatinių komplikacijų“ diferencinė diagnostika,
- nusivylimas gydytoju ir pyktis dėl neefektyvios medicinos pagalbos,
- nepagrįstas tyrimais, brangus ir dažnai ilgas somatinių ligų gydymas vaistais,
- dažna hospitalizacija į somatinių ligų gydymo įstaigas ir chirurginės procedūros,
- sumažėjęs darbingumas, socialinė veikla, pablogėjusi gyvenimo kokybė,
- pavėluotai diagnozuotą depresiją tenka gydyti intensyviau ir ilgiau [7].

1.2 Depresijos paplitimas

G.E. Mead su bendraautorais atliko mokslinių straipsnių apie depresiją apžvalgą ir pateikė duomenis, rodančius, jog depresija yra dažna ir rimta liga, kuria serga ne mažiau kaip 1 iš 5 žmonių per visą savo gyvenimą [42].

Valstybinis psichikos sveikatos centras tyrė sergamumo ir ligotumo depresija Lietuvoje kitimus 100 000 gyventojų nuo 2000 iki 2009 metų. Nustatyta, kad 2000 metais 100 000 Lietuvos

gyventojų teko 380,0 sergančiųjų depresija, o 2009 metais jau buvo 685,5 ligonių 100 000 gyventojų [25].

Tyrimų duomenys rodo, kad emocinius sutrikimus sąlygojantys veiksniai yra kultūriškai jautrūs ir kiekvienoje šalyje gali turėti skirtingą reikšmę [24].

Lietuvoje buvo ištirti rajonų suaugusiųjų gyventojų depresiškumo savitumai bei sąsajos su psichosocialiniais veiksniais. Tyrimo metu Lietuvos rajonų suaugusiųjų gyventojų tarpe beveik pusei (43,8 proc.) tiriamųjų buvo nustatytas didelis ir vidutinis depresiškumas. Moterims depresiškumas buvo būdingas beveik tris kartus dažniau nei vyrams. Vyresnis amžius, žemesnis išsilavinimas, socialinės paramos neturėjimas, didelis stresas ir polinkis į savižudybę yra susiję su didesniu depresiškumu. Pažymima, kad moterų depresiškumo galimybę dar didina mažas socialinis tinklas, o vyrų – skyrybos [24].

Lietuvoje sunkioji (didžioji) depresija (pagal DSM – IV), arba sunkusis depresijos epizodas nustatomas 5-10 procentų pacientų, kurie kreipiasi į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, vis dėlto 2-3 kartus daugiau pacientų nusiskundžia depresijos simptomais, bet nepakanka kriterijų sunkiajai depresijai nustatyti [6].

H. R. Khouzam nurodo, kad depresija dažniausiai suserga tam tikrų grupių žmonės (pvz. moterys, vieniši žmonės, bedarbiai, mažumos, emigrantai ir sergantys nepagydomomis ligomis) [39]. Kai kuriems ligoniams depresijos rizika didesnė (pavyzdžiui, neseniai gimdžiusioms moterims ar persirgus insultu, sergantiems parkinsono liga ar išsėtine skleroze) [16].

Tampa akivaizdus populiacijos senėjimas. Senų žmonių gyvenimo sąlygos, mylimų giminaičių ar draugų netektis, rūpesčiai dėl išsekusių jėgų, vienatvė ar persikėlimas į senelių namus neretai sukelia depresines nuotaikas. Senatvinė depresija yra rimta liga, kurią reikia kvalifikuotai gydyti. Ši depresija lieka dažnai neatpažinta, nes jos simptomai įvardijami kaip fiziniai nusiskundimai. Statistiniai duomenys įrodo, jog senatvinė depresija yra dažniausiai pasitaikanti pagyvenusių žmonių psichikos liga [40].

Vaikystėje nepastebima ryškios psichopatologijos, nes vaikų psichiniai procesai dar nesusiformavę. Vaikams depresijos simptomai pasireiškia tuo, kad jie šalinasi aplinkinių, retai džiaugiasi, nežaidžia su žaislais, blogai valgo ir miega, visko bijo. Paauglystėje išryškėja visi simptomai, tik jie silpnesni [12]. Tačiau vaikų depresines nuotaikas pastebėti labai sunku [40].

Depresijos paplitimą vidutinio amžiaus migrantų savo darbe aprašė M.C. Aichberger su bendraautoriais. Tyrimo autoriai teigia, jog didesnis depresijos paplitimas yra tarp pirmos kartos migrantų, kurie amžius 50 metų ir vyresni [26].

1.3 Depresijos rūšys

Depresijos skirstomos į endogenines ir egzogenines.

1. Endogeninė depresija kyla dėl žmogaus organizme vykstančių biologinių pokyčių, genetinių veiksnių, asmenybės psichikos ypatumų. Ji prasideda be išorinių priežasčių [12]. Šiai grupei priskiriamos visos depresijos, kurios užgriūva žmogų staiga [40].

Endogeninei depresijai būdinga:

- Pastoviai liūdna nuotaika
- Sulėtėjęs mąstymas
- Užslopinti judesiai [12].

Šiai depresijai būdingi nuotaikos svyravimai per parą (ryte blogesnė nuotaika) bei sezoniškumas (pavasario ir rudens laikotarpiais). Žiemos depresija prasideda spalio – lapkričio mėnesiais, o baigiasi balandžio – gegužės mėnesiais. Šis sutrikimas diagnozuojamas 10-20 proc. sergančių depresijomis asmenų [12]. Smulkiau ji skirstoma į dar tris pogrupius:

- 1.1. monopolinės, arba periodinės, depresijos: depresinės fazės, dažniausiai trunkančios keletą mėnesių, keičiasi su pagerėjimo fazėmis, kai pacientas yra vėl visiškai darbingas;
- 1.2. bipolinė, arba ciklinė, depresija: depresinės ir maniakinės fazės keičia viena kitą;
- 1.3. vėlyvoji depresija: depresijos forma, pasireiškianti tik vyresniems žmonėms [40].

2. Egzogeninė depresija vystosi veikiant išoriniams dirgikliams. Ji yra skiriama į:

- 2.1. somatinę (organinę),
- 2.2. psichogeninę (reaktyviąją) [12].

Somatinė depresija atsiranda dėl įvairios kilmės vidaus organų bei centrinės nervų sistemos ligų (infekcijų, intoksikacijų, traumų ir kt.). Ji gali preiti ir negydoma, nes gerėjant somatinei būklei, gerėja ir psichinė paciento būklė [12]. Smulkiau ji skiriama į simptomatinę ir organinę depresijas. Simptomatinę depresiją kelia kūno ligos, netiesiogiai veikiančios smegenų funkciją. Organinė somatogeninės depresijos forma yra tiesioginė smegenų ligų ar pažeidimų pasekmė [40].

Psichogeninė depresija atsiranda po stiprių išgyvenimų, psichinių traumų, kurios sutrikdo žmogaus centrinės nervų sistemos veiklą, pertempia jo adaptacinius mechanizmus. Dažnai, pagerėjus situacijai, depresija išnyksta. Skirtingai nei sergant endogenine depresija, ligoniai blogiau jaučiasi vakarais [12]. K. Jaspersas aprašė psichogeninės depresijos požymių triadą: psichikos trauma; psichiką traumavusi situacija atsispindi depresijoje; laikas (kuo daugiau laiko praeina nuo psichikos traumos, tuo silpniau išreikšti simptomai) [13].

Būtina paminėti ir atipinę depresiją. Vystantis depresijai, somatiniai – vegetaciniai reiškiniai gali ypač išryškėti ir sudaryti somatinės ar neurologinės ligos vaizdą. Tokius ligonius gydo terapeutai, neuropatologai, infekcionistai, endokrinologai, ginekologai ir kiti specialistai. Ambulatorinis, stacionarinis gydymas, chirurginės intervencijos neduoda teigiamų rezultatų. Tačiau atipinės depresijos turi bendrus bruožus:

- pasižymi periodiškumu ir sezoniškumu;
- ypač skundžiamasi skausmais, kurie būna įvairios lokalizacijos, neretai migruojantys. Visoms depresijoms būdingas spaudimas širdies plote;
- pasireiškiantys simptomai kelia baimę dėl ateities, dėl galimos sunkios ligos, dėl blogos baigties, dėl neįgalumo ar mirties. Atsiranda nerimas ir emocinė įtampa [13]. Atipinių depresijų metu gali padidėti mieguistumas (hipersomnija), apetitas (hiperfagija). Nerimastingajai depresijai būdingas nerimas, nuolatinė įtampa be jokios priežasties. Kartu vargina dusulys, spaudimas už krūtinkaulio, tachikardija, pakilęs kraujospūdis [12].

Labai paplitusi yra sezoninė depresija. Ji žinoma nuo senų laikų. Labiausiai paplitusi žiemos depresija, nuo kurios žmonės kenčia rudenį ir žiemą. Atėjus pavasariui liūdna nuotaika dažnai savaime dingsta [40].

Būdingiausi šios depresijos simptomai:

- nuovargis,
- sumažėjęs darbingumas,
- socialinė izoliacija
- prislėgtumas [40].

Įprastą šios depresijos klinikinį vaizdą dažnai papildo du reikšmingi požymiai: neįprastai didelis miego poreikis ir pastebimas potraukis angliavandenių turinčiam maistui [40].

Žinoma ir pogimdyminė depresija, kuri gali būti trijų rūšių:

- Pogimdyminis liūdesys (50-80%),
- Pogimdyminė depresija (susserga 1 iš 10),
- Pogimdyminė psichozė, kuri pasireiškia per tris savaites po gimdymo vienai iš 1000 moterų [12].

Skiriami trys depresijos sunkumo laipsniai: lengva, vidutinio sunkumo ir sunki depresija. Sunki depresija būna be psichozės ir su psichozės simptomais.

- Lengva depresija diagnozuojama, kai minėti simptomai nesutrikdo žmogaus darbingumo. Žmogus jaudinasi dėl to ir stengiasi įveikti ligą;

- Vidutinio sunkumo depresijos atvejais žmogus jau turi didelių trikdžių socialinėje, darbinėje ir buitinėje veikloje;
- Sunkios depresijos epizodo be psichozės metu vystosi didžiulis sielvartas, ažitacija, savęs nuvertinimo idėjos, gilus kaltės jausmas ir įvairūs somatiniai simptomai, kurie išlieka ilgam ir sutrikdo įprastą gyvenimą;
- Sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais pasireiškia anksčiau aprašytais simptomais ir haliucinacijomis, kliesiais, ar depresiniu slopinimu iki stupuro [12].

1.4 Depresijos priežastys

Dar nėra galutinai ištirtos visos priežastys, kodėl kai kuriems žmonėms pasireiškia depresija. Manoma, kad depresiją gali sukelti paveldėtas smegenų biocheminės pusiausvyros sutrikimas, o depresijos atsiradimo riziką padidina daug tarpusavyje susijusių vidinių ir išorinių veiksnių: ilgalaikiai stresai, prasti santykiai su aplinkiniais, neigiamas požiūris į gyvenimą, narkotinių medžiagų vartojimas, hormonų kiekio kraujyje svyravimas, sunkios somatinės ligos ir kt. [15]. Smegenyse už signalų perdavimą ir veiklos, tarp jų nuotaikos ir emocijų, reguliavimą yra atsakingos specialios medžiagos - neuromediatoriai (serotoninas, dopaminas, noradrenalinas ir kt.). Sergančiųjų depresija organizme šių medžiagų kiekis paprastai yra mažesnis. Taigi, sergant depresija sutrinka biocheminiai procesai galvos smegenyse (sumažėja mediatorių, perduodančių informaciją tarp nervinių ląstelių (neuronų) kiekis). Tačiau nėra visai aišku, ar neuromediatorių disbalansas sukelia depresiją, ar, priešingai, depresija lemia šių medžiagų kiekio sumažėjimą. Taip pat sunku yra pasakyti, kas daugiau turi įtakos depresijai atsirasti - genetika, ar aplinkos poveikis [15].

Manoma, kad endogeninė depresija kyla dėl biocheminių procesų sutrikimo – biogeninių aminų trūkumo smegenyse. Įvairių neuromediatorių (neurotransmiterių) sutrikimai yra skirtingi esant įvairiems depresijų subtipams. Depresijų metu gali būti: sutrikusi neurotransmiterių (NT) sintezė; padidėjęs fermentinis NT ardymas; nepakankamas NT išsiskyrimas; sutrikusi receptorių reakcija, t.y. sumažėjęs jų jautrumas NT. Depresijos patogenezei svarbiausi neuromediatoriai yra serotoninas, noradrenalinas, dopaminas ir kt. [8]. Įrodyta, kad sergant depresija sumažėja serotonino kiekis smegenyse [30].

H. R. Khouzam ir kt. nurodo, kad depresijos priežastis dar yra ne visiškai suprantama. Tačiau yra aišku, kad didžiąją depresiją lemia tam tikrų biologinių ir socialinių veiksnių sąveika asmenims, esantiems rizikos grupėse. Taigi depresijos išsivystymą lemia genetinio pažeidžiamumo sąveika su tam

tikru psichosocialiniu stresoriumi. Yra žinomos įvairios hipotezės, kad depresija susergama sutrikus neurocheminiams procesams, pvz., sutrikus dopamino, noradrenalino ar serotonino apykaitai. Tačiau nė viena iš šių teorijų iki galo nepaaiškina, kodėl depresija progresuoja, arba kodėl pasveikstama vartojant vaistus, kurie veikia neurotransmiterius. Kai kurios naujesnės teorijos teigia, jog depresijai išsivystyti įtakos turi neuroaktyvūs steroidai, kurie moduliuoja gama aminosviesto rūgšties receptorių [39].

Manoma, kad depresiją gali sukelti ir kaip kurie vaistai. Kortikosteroidai, kuriais gydomas reumatoidinis artritas, sisteminė raudonoji vilkligė ir kitos lėtinės uždegiminės ligos, gali sukelti depresiją. Geriamieji kontraceptikai, kuriuose yra didelės progestino dozės, taip pat gali sukelti depresiją. Labai ilgai vartojant sedatyvinio poveikio migdomuosius vaistus, tokius kaip barbitūratai ir benzodiazepinai, taip pat gali pasireikšti depresija [39].

1.5 Depresijos tyrimo instrumentai

Depresijos sunkumo bei gydymo efektyvumo vertinimui naudojamos įvairios skalės. Visos depresijos sunkumo vertinimo skalės turi pagrindinių klausimų, teikiančių daugiausia informacijos apie depresijos buvimą/nebuvimą ir jos sunkumo laipsnį. Tai klausimai apie nuotaiką, apetito ir miego pokyčius, kaltės jausmą, somatinius simptomus, suicidines mintis. Populiariausios skalės yra šios:

- Trumpa psichikos įvertinimo skalė. Ji sudaryta iš 18 grupių simptomų.
- Hamiltono depresijos skalė. Ši skalė turi 17 grupių simptomų.
- Mangomerio – Asbergo depresijos įvertinimo skalė (MADRS). Ši skalė turi 10 grupių simptomų.
- Becho – Rafelsono skalė. Ši skalė turi 11 grupių simptomų.
- Becko depresijos inventorių (BDI). Ši skalė turi 21 grupę simptomų.
- Zungo depresijos skalė. Ši skalė turi 20 teiginių.
- Becko nevilties skalė. Ji sudaryta iš 20 klausimų.
- Suicidinių tendencijų skalė. Ją sudaro 15 klausimų.
- Suicidinių įdėjų skalė. Ją sudaro 19 klausimų [8].
- HAD depresijos ir nerimo sutrikimų skalė [12].

Vienas depresijos vertinimo skales pildo specialistas (psichiatras arba psichologas), o tam tikras depresijos vertinimo skales užpildo patys ligoniai.

1.6 Depresijos gydymo metodai

Žinios apie psichikos ligas ir jų priežastis nulėmė tai, kad daugelyje šalių jas gydyti tapo įprasta. Tereikia tiksliai diagnozuoti įvairius sutrikimus ir taikyti patikimus ir veiksmingus gydymo metodus [16].

Depresijos gydymo metodas pasirenkamas atsižvelgiant į ligos sunkumą, jos eigos ypatumus, vyraujančius simptomus. Šios ligos gydymas yra skiriamas į medikamentinį gydymą antidepresantais ir nemedikamentinį gydymą [9].

Nemedikamentiniam depresijos gydymui priskiriama:

- Psichoterapija,
- Elektroimpulsų terapija,
- Transkranialinė magnetinė stimuliacija,
- Šviesos terapija (fototerapija),
- Miego deprivacija (gydymas nemiga),
- Psichosocialinė rehabilitacija,
- Relaksacinio kvėpavimo technikos,
- Fiziniai pratimai [6, 9, 12, 31, 2, 42].

Kaip papildomus alternatyvius depresijos gydymo būdus taip pat galima įvardinti aromaterapiją, akupunktūrą ir akupresūrą [40].

Mankšta, turinti meditacinio susikoncentravimo, tokia kaip taiči ir joga, taip pat mažina depresijos simptomus [37, 42]; sergančiųjų depresija sveikimo procese gali padėti ir relaksacijos metodai [39]. D. Pūras ir J. Kolaitienė pažymi tokius alternatyvius depresijos gydymo metodus, kaip fizioterapija, kineziterapija, refleksoterapija [17].

Įrodyta, kad antistresinės programos ir terapijos puikiai tinka mažinti nervingumą ir vidinį nerimą. Be to, pagerina bendrą savijautą [40].

Reikia paminėti ir retai sutinkamas depresijų gydyme taikomas terapijas, tai: insulino terapija, placebo naudojimas [29, 42].

Depresijos kompleksiniame gydyme paprastai naudojamas gydymas antidepresantais derinant jį su kitomis terapijomis [6, 31, 2, 42]. Antidepresantu reikia gydyti ne trumpiau kaip šešis mėnesius arba tiek laiko, kiek truko ilgiausias depresijos epizodas. Vieno tyrimo duomenimis, gydyti reikia 5 metus, jei depresija kartojasi nepaėjus 2,5 metų [6].

Įrodyta, kad antidepresantai veikia neurotransmitterius smegenyse – vieni labiau serotoninerinius, kiti – noradrenalinerginius. Antidepresantai padeda sulaikyti serotonino ir noradrenalino reabsorbciją [8].

Sergančiųjų depresija gydymas farmakoterapija yra pagrindinė ir plačiausiai naudojama terapija, tačiau G. Daubaras pastebi, kad nėra nei vieno antidepresanto, kuris išgydytų visus pacientus (padeda 50-60 proc.) [7].

Psichoterapija – tai psichologinis gydymo metodas, paciento bei psichoterapeuto bendravimas, jos užduotis yra gydyti žmones psichologinėmis priemonėmis. Ši terapija ypač efektyvi esant lengvai arba mažajai depresijai, pasireiškiančiai bloga nuotaika ir kai kuriais somatiniais negalavimais. Psichoterapijos metodų yra daug. Gydant depresiją gali būti taikoma psichoanalitinė-psichodinaminė psichoterapija, įtaigos metodai, elgesio terapija. Pagal tai, su kuo dirbama, skiriamos individuali, grupinė ir šeimos psichoterapija [12, 2, 23, 16, 40].

Elektroimpulsų terapija taikoma sunkiai depresijai su psichozės elementais gydyti, iškilus suicido grėsmei, nepadėjus gydymui antidepresantams. Po trumpalaikės narkozės ir raumenis atpalaiduojančių medikamentų dozės sukeliama traukuliai. Prie galvos pridedami elektrodai, ir per smegenis perleidžiami elektros impulsai [12, 9, 31, 2].

Transkranialinė magnetinė stimuliacija – naujas, greitas ir saugus metodas depresijai gydyti. Šis metodas taikomas gydant medikamentams atsparias depresijas. Transkranialinės magnetinės stimuliacijos metu pacientui pridedama magnetinė ritė ir leidžiama nestipri elektros srovė. Galvos smegenyse normalizuojama biocheminė pusiausvyra ir pašalinami neuromediatorių disfunkcijos sukelti psichikos sutrikimai [12, 9, 31, 2].

Šviesos terapija (fototerapija). Dėl šviesos poveikio mažėja melatonino koncentracija kraujyje, daugėja serotonino ir dopamino. Šis metodas ypatingai tinka žiemos depresijoms gydyti. Gydoma intensyviu šviesos srautu. Tam tikslui būna įrengtas šviesos terapijos kambarys, naudojamos šviesos terapijos dėžės, lempos ir kt. Šviesos terapija gali būti grupinė ir individuali [12, 9, 31, 24, 15, 2].

Miego deprivacija – tai depresijos gydymo metodas nemiga. Gydant šiuo metodu, ligoniai nemiega visą parą, po to dvi naktis miega natūraliu miegu. Jei paciento būklė pagerėja, procedūra gali būti kartojama tris kartus. Terapinis miego nutraukimas pasiteisina gydant depresines būsenas [9, 31, 40].

Psichosocialinės reabilitacijos metu pacientui suteikiama kompleksinė pagalba – įgūdžių ir išteklių įvertinimas, įgūdžių mokymas, padedantis siekti adekvačios readaptacijos visuomenėje. Ligoninėje labai svarbu skatinti bendravimą, nedaryti skirtumo tarp personalo ir pacientų; labai naudingi ruošos darbai ir užsiėmimai skyriuje [2, 35].

Relaksacinio kvėpavimo technikos apima psichinę ir raumenų relaksacijas, kurios pasiekiamos kvėpavimo judesiais, kai proceso metu pamažu pereinama prie diafragminio kvėpavimo (kvėpavimo pilvu). Pastebėta, kad tai refleksiškai mažina tinklinio darinio, esančio smegenų kamiene, aktyvumą, todėl silpnėja psichinė įtampa bei nerimas [9, 32].

G.E. Mead ir bendraautoriai atliko 116 straipsnių apžvalgą apie mankštos naudą depresijos gydyme. 67 straipsniai iš 116 buvo toliau neanalizuojami dėl kai kurių duomenų trūkumo juose, tačiau likusiuosiuose 67 straipsniuose pateikiami įtikinami įrodymai dėl fizinės mankštos teigiamo poveikio gydant sergančiuosius depresija. Atlikus mokslinių straipsnių apžvalgą apie fizinių pratimų naudą sergantiesiems depresija, pateikiamos išvados, kad mankšta yra efektyvesnė kompleksinio gydymo terapija už šviesos terapiją; fizinės mankštos intervencija gali niekuo nenusileisti farmakoterapijai ir kognityvinei terapijai [42]. Tokią pačią nuomonę patvirtina A. Gill ir kt. teigdami, kad mankšta gali mažinti simptomus taip pat efektyviai, kaip ir kognityvinio elgesio terapija ar gydymas vaistais ir žymiai efektyviau negu šviesos terapija [37].

Reguliarūs fiziniai pratimai arba jų derinimas su kitomis terapijos rūšimis pagerina ligonių, sergančių depresija būklę. Fizinis krūvis mažina stresą, taip pat veikia biologiškai veiklių medžiagų pusiausvyrą smegenyse [9]. Įrodyta, kad sergant depresija sumažėja serotonino kiekis smegenyse. Fizinė mankšta didina serotonino kiekį smegenyse, tuo mažindama depresijos ir nerimo simptomus, ir tai teigiamai veikia psichinę sveikatą [30].

Fizinis aktyvumas yra labai svarbi kompleksinio gydymo dalis gydant įvairaus sunkumo depresiją [17,18,27,33]. Depresija sergantys pacientai yra neveiklūs, jų fizinis pajėgumas mažesnis nei sveikų žmonių. Šių pacientų fizinio pajėgumo lygis yra kritęs dėl neveiklumo, depresijos atsiradimas dažnai būna susijęs su aktyvumo praradimu, ir tai rodo, jog fizinio aktyvumo įdiegimas į jų gydymo programas yra teigiamas argumentas [20,18].

Buvo atliktas tyrimas siekiant įvertinti įvairių kasdienio gyvenimo formų ryšį su depresijos simptomų pasireiškimu dirbantiems žmonėms ir jo rezultatai parodė, jog kasdienis fizinis aktyvumas, nepaisant formos, mažina dirbančiųjų asmenų depresijos simptomų pasireiškimą [22].

Mankštos nauda kompleksinio gydymo procese akivaizdi. Fizinio aktyvumo naudą psichinei sveikatai pažymi S.Saudargienė ir kt. teigdami, kad mankštos metu nukreipiamas ligonių dėmesys į skausmingus dirgiklius ir todėl po mankštos pagerėja psichinė būseną. Ligoniu suvokus, jog jis gali įvykdyti tam tikrą darbą ar užduotį padidėja jo savigarba, kas taip pat teigiamai veikia psichinę būseną. Sugebėjimas atlikti jam optimalią fizinę mankštą, bendravimas jos metu su kitais asmenimis, suteikia ligoniui pasitikėjimą savimi, atsitraukimą nuo jį slegiančių minčių ir kitų dirgiklių, kas turi teigiamą poveikį jo psichinei būklei [20]. Kaip kurie tyrėjai teigia, kad mankštinimasis dažnai yra neblogesnė gydymo priemonė, nei antidepressantai, ypač esant nesunkiai depresijos formai [15].

Nurodoma, kad fizinis aktyvumas sergantiems depresija – labai svarbi veikla, nes fizinė mankšta mažina depresijos ir nerimo simptomus, gerina miegą ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, taip pat žinoma, jog yra ryšys tarp fizinio aktyvumo ir bendros gerovės jausmo ir nuotaikos. Atlikti tyrimai apie mankštos naudą gydant depresiją rodo aiškią koreliaciją tarp nuotaikos ir fizinio aktyvumo. Atitinkami intervenciniai tyrimai patvirtina mankštos antidepresinį poveikį [42, 20, 49, 18].

Fiziniai pratimai teikia psichologinę ir fizinę naudą dėl šių priežasčių: pagerina širdies ir kraujagyslių sistemos veiklą, mažina cholesterolio kiekį, reguliuoja kraujo spaudimą, reguliuoja svorį, pagerina raumenų tonusą [15].

Atliekant fizinius pratimus mažėja streso požymiai. Nurodoma, kad streso požymiai atliekant fizinius pratimus mažėja dėl šių priežasčių:

- Raumenų tempimas, raumenų susitraukimo ir atsipalaidavimo kaita atliekant pratimus atpalaiduoja įtemptus raumenis,
- Fizinio krūvio metu, t.y. suaktyvėjus medžiagų apykaitai, suvartojamas hormonų, cukraus ir riebalų rūgščių, patekusių į kraują, perteklius,
- Fizinio krūvio metu organizme didėja endorfinų (neuroinhibitorių) gamyba, kurie slopina stresinę reakciją ir sukelia ramią euforijos būseną,
- Žmogus išmoksta atsipalaidavimo būdų ir nesąmoningai juos panaudoja įvairių stresinių situacijų metu [10, 9].

H. Silveira ir kt. atlikdami tyrimus apie fizinių pratimų naudą panaudojo neįprastus depresijos tyrimo instrumentus. Naudojant elektroencefalogramos analizės metodą galima iširti smegenų žievės veiklą ir parodyti skirtingus šios veiklos modelius tarp sveikų žmonių ir sergančiųjų depresija. Naudojant šį metodą buvo nustatytas skirtumas tarp pagyvenusių sveikų ir sergančių depresija asmenų. Tyrimas suskirstytas į dvi studijas. Pirmojoje atliktas encefalografinis vertinimas, o antrojoje patikrinta fizinių pratimų nauda, kaip papildoma terapija gydant sergančiuosius didžiąja depresija. Nustatyta, kad tie depresija sergantys asmenys, kurie mankštinosi, sveiko greičiau. Padaryta išvada, kad kompleksinis gydymas taikant fizinę mankštą po 6 mėnesių padidina smegenų žievės elektrinį aktyvumą [48].

Depresija dažnai yra pasekmė ne tik įvairių somatinių ligų, bet ir tokio proceso, kaip žmogaus senėjimas. Todėl labai aktualiais tampa tyrimai apie fizinį aktyvumą, kaip prevenciją depresijos ir nerimo simptomams vystytis senyvame amžiuje. A. Deslandes su bendraautoriais pateikė išvadą, kad ryšys tarp fizinio aktyvumo ir psichinės sveikatos buvo plačiai ištirtas ir buvo pateiktos hipotezės ta tema. Senėjimo procese fizinė mankšta gali suteikti papildomą psichinių ir kognityvinių sutrikimų gydymo potencialą, padėti išvengti prasidedančių neurodegeneracinių procesų. Nors pati mankšta gali veikti kaip stresorius, įrodyta, kad ji sumažina kitų stresorių poveikį, kai atliekama vidutiniu

intensyvumu. Ji skatina neurotransmiterių perdavimą, teigiamus neurotrofinius ir neurogenezinius veiksnius, taip pat ir smegenų kraujotakos pokyčius. Autoriai pabrėžia, jog didelė studijuotos literatūros dalis teigia fizinės mankštos naudą užtikrinant sėkmingą smegenų funkcionavimą [33].

Fizinio aktyvumo nauda senyvame amžiuje domėjosi C.L. Reichert ir kt. Autoriai atliko tyrimą su vyresnio amžiaus žmonėmis, gyvenančiais Brazilijoje. Pastebėta, kad senėjant žmonių populiacijai žmonės vargina tokios lėtinės ligos, kaip širdies kraujagyslių sistemos ligos, vėžys ir depresija. Nustatyta, kad senyvo amžiaus žmonėms, dalyvaujant fizinėje veikloje depresijos simptomai mažėja, t.y. kuo fizinė veikla aktyvesnė, tuo depresijos simptomų mažiau. Tyrimas parodė priešingą santykį tarp fizinio aktyvumo lygio ir depresijos simptomų vyravimo tarp senyvų žmonių. Netikėtas rezultatas buvo tas, kad šis ryšys buvo nustatytas tik tarp vyrų. Autoriai teigia, jog tai rodo tolimesnių tyrimų, kurie suteikia galimybę fizinį aktyvumą pateikti kaip terapinę alternatyvą sergantiesiems depresija, reikalingumą [45].

Gydymui atspari didžioji depresija yra rimta liga, kurios gydymas sudėtingas, o remisijų būna mažai. Autorių grupė tyrė mankštos naudą namų sąlygomis depresijos gydymo procese. Tuo tikslu buvo skirta mankšta sergantiesiems depresija namuose. Ji truko 12 savaičių ir susidėjo iš 30-45 min. vaikščiojimo kasdien, 5 dienas per savaitę. Tokia fizinė veikla pagerino sergančiųjų sunkia depresija, atsparių įprastam gydymui, psichoemocinę ir funkcinę būklę. Apie 26 proc. tyrime dalyvavusių sergančių didžiąja depresija pasiekta ligos remisija. Darbo rezultatai įrodo, kad vidutinio intensyvumo mankšta gali būti naudinga ir efektyvi pagalbinė priemonė gydant depresija sergančiuosius ligonius [43].

Gydant depresiją, bet kurios terapijos tikslas yra stiprinti organizmo fizines ir psichines savigydos galias. Sergantiesiems depresija pacientams būdingas bejėgiškumas, todėl jie yra įsitikinę, jog negali prisidėti prie pasveikimo, nes stinga fizinių jėgų. Fizinis silpnumas gali tapti pastovia tokių sergančiųjų būkle, ir ši būklė silpnina sergančiuosius vis labiau. Norint išvengti šio silpnumo pojūčio M. E. Lange-Ernst siūlo nedelsiant pradėti nesudėtingas, tačiau gana veiksmingas fizinio aktyvinimo priemones. Pradžioje tai gali būti ir tokios paprastos priemonės, kaip rytinis apsitrynimas šepečiu ar kontrastinis dušas. Bėgimas pradžioje nerekomenduojamas, naudingas greitas pasivaikščiojimas. Vėliau galima pradėti pratimus, gerinančius kraujotaką: važiavimas dviračiu, nesunkus darbas sode, slidinėjimas ir plaukimas. Autorės nuomone, fizinė veikla yra itin stipraus poveikio antidepresantas be jokio šalutinio poveikio [40]. R. Šerpytė taip pat teigia, kad fizinis aktyvumas gali būti ir nesudėtinga aktyvi veikla. Autorė nurodo, kad depresijos gydymas paprastai yra kompleksinis: medikamentai (antidepresantai) derinami su psichoterapija ir fiziniu aktyvumu (plaukimas, mankšta, bėgimas ristele, važiavimas dviračiu) [23].

H. Diling ir Ch. Reimer, kalbėdami apie sergančiųjų psichikos ligomis reabilitaciją teigia, jog viena iš reabilitacijos sudedamųjų dalių yra specialus terapinis aktyvinimas: darbo terapija (darbas dirbtuvėje, darže ir sode), sportas, muzikos terapija, atsipalaidavimo pratimai ir gydomoji mankšta [35]. Labai svarbu, kad fizinė veikla, kuria užsiima asmenys, sergantys depresija būtų maloni ir nesukeltų papildomos įtampos [10]. A.Gill ir kt. nuomone, mankšta gali sumažinti depresinius simptomus, kai naudojama kaip monoterapija [37].

Vaistų ir psichoterapijos poveikio kartais gali tekti laukti savaites ar net mėnesius. A. Curtiss teigia, kad kaip kuriais atvejais, stengiantis išvengti streso, gali padėti paprasti kvėpavimo ir atsipalaidavimo pratimai. [32].

Nėra galutinai aišku, kokios sporto rūšys labiausiai veikia depresiją. Tyrimuose ir mokslinių straipsnių apžvalgose aprašomi taikyti aerobiniai pratimai (vaikščiojimas, bėgiojimas, važinėjimas dviračiu, bėgimo takelis), kurie pagreitina širdies ritmą, jėgos pratimai, lengvoji atletika, sunkumų kilnojimas. Aptariamos kombinuotos ištvermės, raumenų jėgos ir lankstumo treniruotės, individualiai asmeniui pritaikytos treniruotės, treniruotės su raumenų pasipriešinimu, fizinių pratimų atlikimas vienam, taiči, aerobiniai šokiai [42, 50].

Mankšta gali būti atliekama ir vidaus patalpose, ir lauke; fizine veikla galima užsiimti ir namuose [42]. Atliekant mankštą namuose pateikiamos tokios rekomendacijos:

- Pakviesti šeimos narius ir draugus mankštintis kartu,
- Mankštintis nuo 2 iki 5 kartų per savaitę,
- Mankštinimasis turi trukti mažiausiai 30 min.,
- Pasirinkti malonią fizinę veiklą,
- Mankštos metu širdis turi plakti 60-70 proc. maksimalaus susitraukimų dažnio.
- Kruopščiai apšilti ir atvėsti,
- Stengtis gyventi aktyviau – daugiau vaikščioti pėsčiomis vietoj važinėjimo,

vengti naudoti, kur įmanoma, mechanizuotus prietaisus [15].

Mokslinių straipsnių apžvalgos autoriai pateikia J. Blumenthal tyrimo išvadas, jog nėra reikšmingų rezultatų skirtumų tarp treniruočių, atliekamų prižiūrint specialistui ir treniruočių, atliekamų namuose [42].

Tyrimų apie fizinio aktyvumo naudą depresijos gydyme autoriai pabrėžia, kad negalima pateikti vieno geriausio recepto, kurie fiziniai pratimai gali būti efektyvesni, kokio pobūdžio fizinė veikla naudingiausia, ar didesnę įtaką turi mankšta atliekant ją vienam, ar atliekant grupėje. Žinant, kad fizinės veiklos nauda gali būti labai didelė gydant depresiją, pacientams patariama rinktis tokio pobūdžio fizinę veiklą, kuri teikia didžiausią malonumą. Teigiami mankštos rezultatai išliks, jeigu užsiėmimai fizine veikla bus tęsiami ir ateityje [42].

Dauguma tyrimų apie mankštos poveikį sergantiesiems depresija autoriai rekomenduoja vidutinio intensyvumo ir neilgos trukmės fizinę veiklą [23, 33, 43].

GE. Mead ir kt., atlikę mokslinių straipsnių apžvalgą apie mankštos naudą sergantiesiems depresija, pabrėžia, jog tikslinga rekomenduoti fizinius pratimus žmonėms, turintiems depresinių simptomų ir asmenims, atitinkantiems depresijos vertinimo kriterijus [42].

Rekomenduojama prieš pradėdant aktyvesnę fizinę veiklą pasitarti su gydytoju, ypač jei kurią laiką gyventa pasyviai. Gydytojo konsultacija būtina ir turint medicininių problemų bei esant vyreniems nei keturiadešimt metų [15, 50].

2. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Hipotezė – kineziterapija yra efektyvus ligonių, sergančių depresija, kompleksinio gydymo metodas, turintis teigiamą poveikį sergančiojo funkciniai būklei ir psichoemocinei būsenai.

Darbo tikslas – įvertinti kineziterapijos poveikį sergančiųjų depresija psichoemocinei būsenai ir funkciniai būklei.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti kineziterapijos poveikį pacientų, sergančių depresija, funkciniai būklei.
2. Įvertinti kineziterapijos poveikį subjektyviam ligonių būklės vertinimui.
3. Įvertinti kineziterapijos poveikį pacientų, sergančių depresija, psichoemocinei būklei.

3. TYRIMO METODIKA

Tyrimui atlikti buvo gautas Kauno Medicinos Universiteto Bioetikos Centro leidimas (Nr. BC-SLF(M)-182, 2010-04-22) (žiūr. 1 priedą).

Tyrimas atliktas VšĮ Kauno ligoninės padalinio Marių ligoninės depresijų skyriuje 2011 m. sausio – kovo mėn.

3.1 Tiriamųjų kontingentas

Tiriamąjį kontingentą sudarė pacientai, gulintieji VŠĮ Kauno ligoninės padalinio Marių ligoninės depresijų skyriuje. Tyrime dalyvavo 47 tiriamieji sergantys klasikine depresija. Jie buvo suskirstyti į 2 grupes: tiriamąją $n=24$ ir kontrolinę $n=23$. Tiriamosios grupės pacientams buvo taikoma kineziterapija. Kontrolinės grupės tiriamieji kineziterapijos procedūroje nedalyvavo. Duomenys apie jų sveikatos būklę ir depresijos sunkumo vertinimai surinkti iš medicininių dokumentų.

3.2 Tyrimo organizavimas

Tyrimas truko šešias savaites. Tiriamosios grupės pacientams buvo taikoma grupinė kineziterapija vieną kartą per dieną, penkis kartus per savaitę. Kineziterapijos užsiėmimo trukmė buvo 45-50 min. Ji priklausydavo nuo pacientų savijautos ir noro mankštintis.

Tiriamosios grupės pacientai gavo vidutiniškai $10,3 \pm 2,8$ procedūrų (nuo 7 iki 16 procedūrų).

Kineziterapijos programa sergantiejiems klasikine depresija buvo sudaryta atsižvelgiant į pacientų psichoemocinę būklę, fizinę būklę bei pajėgumą. Kineziterapijos metu buvo siekiama pakelti pacientų nuotaiką, mažinti nuovargio, silpnumo pojūčius, lavinti dėmesį ir koncentraciją. Stengtasi didinti fizinį aktyvumą ir pajėgumą.

Kineziterapijos metu buvo kreipiamas dėmesys į depresiją lydinčius somatinius simptomus – tachikardiją, galvos skausmus, rankų tremorą. Su pacientais, kurie skundėsi minėtais sutrikimais, buvo dirbama individualiai. Esant aukštam ŠSD, pacientas nevykdavo jokios aktyvios veiklos, jis tiesiog stebėdavo užsiėmimą, kas gerindavo psichoemocinę jo būklę ir padėdavo išvengti socialinės atskirties.

Į kineziterapijos programą įtraukti kvėpavimo, bendro lavinimo pratimai, judrieji žaidimai ir atsipalaidavimo pratimai. Dauguma pacientų turėjo mažesnių ar didesnių nusiskundimų dėl nugaros skausmų, todėl nuspręsta, kad į kineziterapijos užsiėmimus tikslinga įtraukti ir pratimus nugaros raumenims stiprinti.

Kineziterapijos užsiėmimai susidėjo iš paruošiamosios dalies, pagrindinės dalies ir baigiamosios dalies.

Paruošiamojoje dalyje taikyti kvėpavimo ir bendro lavinimo pratimai. Pagrindinėje dalyje buvo atliekami pratimai raumenų jėgai, ištvėrmei ir lankstumui gerinti. Po jų sekė pratimai dėmesio koncentracijai lavinti bei aktyvumui didinti. Pagrindinės dalies pabaigoje pacientai atliko pratimus

nugaros raumenims stiprinti. Kineziterapijos procedūros baigiamąją dalį sudarė atsipalaidavimo, kvėpavimo pratimai.

Kineziterapijos salėje buvo teniso stalas, todėl pacientai galėjo derinti mankštą su teniso žaidimu pagal savo pageidavimus

Pagrindinis kineziterapijos užsiėmimų tikslas buvo didinti stacionare gydomų pacientų užimtumą, mažinti depresijos ir nerimo simptomus, skatinti motyvaciją, didinti dėmesio koncentraciją ir fiziškai aktyvinti.

Kineziterapijos metodika, taikyta sergantiesiems depresija:

I.Paruošiamoji dalis (7-10 min.):

1.Kvėpavimo pratimai. Atliekami dinaminiai kvėpavimo pratimai, derinami su rankų bei kojų judesiais.

2.Tempimo pratimai. Atliekami kaklo, juosmeninės stuburo dalies, rankų bei kojų tempimo pratimai.

II.Pagrindinė dalis (30 min.):

1.Ištvermės lavinimo pratimai. Atliekami šuoliukai arba šuoliukai, derinami su rankų judesiais.

2.Judrieji žaidimai vikrumui, koordinacijai ir dėmesiui lavinti. Atliekami įvairaus intensyvumo pratimai su kamuoliu ir žaidybinio pobūdžio pratimai su kamuoliu ar kitomis kineziterapijos priemonėmis.

3.Pratimai judesių koordinacijai lavinti. Atliekami pratimai gulint ant nugaros, derinant rankų – kojų judesius.

4.Jėgos ugdymo pratimai. Atliekami įvairūs pratimai be priemonių ir su priemonėmis nugaros bei galūnių jėgai didinti.

5.Pratimai nugaros raumenims stiprinti. Atliekami pratimai iš įvairių pradinių padėčių (gulint ant pilvo, nugaros ar padėtis ant keturių) nugaros raumenims stiprinti.

III.Baigiamoji dalis (5 min.):

Atliekami atsipalaidavimo ir kvėpavimo pratimai.

3.3 Tyrimo metodai

3.3.1 Tiriamųjų funkcinės būklės vertinimas

Tyrimo pradžioje buvo vertinama tiriamųjų funkcinė būklė. Pacientų funkcinėi būklei nustatyti buvo matuotas arterinis kraujospūdis (AKS) ir širdies susitraukimų dažnis (ŠSD). Tiriamosios grupės pacientams šie rodikliai buvo matuojami prieš pradėdant kineziterapiją ir po kineziterapijos. Ramybės būklėje ŠSD turėtų būti 60-80 k/min., po neintensyvios mankštos – 100-120 k/min., ŠSD padidėjus iki 180-200 k/min. yra pasiekiamas ribinis krūvis. Treniruotų žmonių ŠSD fizinio krūvio metu padidėja daug mažiau negu netreniruotų žmonių. Normalus sistolinis kraujo spaudimas yra 100-140 mmHg, diastolinis – 60-90 mmHg. Fizinio krūvio metu sistolinis kraujo spaudimas kyla iki 200-240 mmHg, diastolinis – mažėja. Pokyčiai priklauso nuo fizinio krūvio ir asmens treniruotumo. Kraujospūdis sunormalėja po nedidelio intensyvumo fizinio krūvio per 3-5 min., o po sunkaus ar ilgalaikio krūvio – vėliau (10 min.). Remiantis širdies kraujagyslių sistemos reakcija į fizinį krūvį, sprendžiama apie žmogaus fizinį darbingumą.

Depresijos gydymui skirti vaistai labai individualiai veikia kiekvieno paciento ŠSD. Vienas iš šalutinių antidepresantų reiškinių – tachikardija. Taigi, siekiant išvengti nelaimingo atsitikimo kineziterapijos metu, kuomet pacientas užsiima aktyvia veikla, ŠSD vertinimas prieš kineziterapijos procedūrą ir po jos tampa labai svarbus.

Kontrolinės grupės pacientų AKS ir ŠSD rodikliai buvo paimti iš jų ligų istorijų. Šie rodikliai buvo vertinti pacientus paguldžius į stacionarą ir išrašant juos iš stacionaro.

3.3.2 Subjektyvus ligonių būklės vertinimas

Atliekant tyrimą buvo norima sužinoti tiriamųjų nuomonę apie kineziterapijos poveikį jų psichoemocinei būklei ir fizinei savijautai. Tuo tikslu buvo sudaryta anketa, kurią užpildė visi tiriamosios grupės pacientai. Apklausa atlikta anoniminiu anketavimo būdu.

Šioje anketoje buvo įtraukti klausimai apie tiriamųjų lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenamąją vietą, taip pat užduotas klausimas dėl kokių priežasčių jie nusprendė ateiti į kineziterapiją. Antroje anketos dalyje pacientai turėjo atsakyti į klausimus apie savo fizinę būklę, miego kokybę, bendravimą su aplinkiniais, norą skaityti, norą žiūrėti televizorių, norą apskritai ką nors veikti ir „savo energijos

pojūtį“. Antroji anketos dalis tiriamųjų buvo pildoma prieš pradėdant kineziterapiją ir po visų kineziterapijos užsiėmimų. Tiriamųjų taip pat buvo prašoma procentine išraiška įvertinti kineziterapijos naudą jų gydyme. Šis kineziterapijos, kaip kompleksinio gydymo metodo vertinimas buvo atliekamas pabaigus visą gydymo kursą.

3.3.3 Depresijos lygio vertinimas

Hamiltono depresijos vertinimo skalė, sutrumpintai HAM-D, yra klinikinis paciento psichinės būklės vertinimo instrumentas, kurį gydytojai naudoja depresijos sunkumui ir kitimui įvertinti gydant depresinius sutrikimus (žiūr. 2 priedą).

Naudodamas šį instrumentą, gydytojas vertina įvairių nuotaikos ir su ja susijusių simptomų, tokių kaip nemiga, sujaudinimas, nerimas, apetito ir svorio kitimas sunkumą. Kiekvienam teiginiui yra 3 arba 5 galimi atsakymai sugraduoti sunkėjimo tvarka. Originalioje HAM-D redakcijoje yra 21 teiginys, įvairiose modifikacijose HAM-D yra iki 29 teiginių. Pastaruoju metu depresijos sunkumui nustatyti dažniausiai naudojama pirmųjų 17 teiginių (HAM-D-17) suma, o 18-21 teiginiai suteikia papildomos informacijos apie simptomus, susijusius su depresija, pavyzdžiui, apie paros ritmą, paranoidinius simptomus, obsesijas ir kompulsijas.

HAM-D skalė buvo sukurta kaip pusiau struktūrizuota skalė, tačiau pastaruoju metu simptomams vertinti naudojamos struktūrizuotos HAM-D versijos.

HAM-D įvertis:

- Nuo 0 iki 7 – normalūs nuotaikos svyravimai;
- Nuo 8 iki 19 – lengva depresija;
- 20 ir daugiau – rodo vidutinio sunkumo depresiją.

Kiti tyrimui reikalingi duomenys surinkti iš medicininių dokumentų: žinios apie gretutines ligas, depresijos sunkumą pagal Hamiltono depresijos vertinimo skalę. Klinikinį ištyrimą atlieka ir paciento depresijos sunkumą pagal Hamiltono depresijos vertinimo skalę nustato gydymo įstaigos gydytojas psichiatras. Taigi, buvo vertinti tiriamosios ir kontrolinės grupės Hamiltono depresijos vertinimo skalės duomenys atvykus į ligoninę ir išvykstant iš jos [4].

3.3.4 Duomenų analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistikos paketą SPSS 12.0.1 for Windows.

Tolydiesiems kintamiesiems vertinti apskaičiuotas aritmetinis vidurkis ir standartinis nuokrypis. Dviejų nepriklausomų grupių parametrų aritmetinių vidurkių skirtumų reikšmingumas buvo nustatomas naudojant Stjudento (t) dvipusis kriterijus. Kiekybinių kintamųjų tarpusavio ryšiai analizuoti naudojant Pirsono koreliacijos koeficientą ir regresinę analizę.

Duomenims, neturėjusiems normaliojo skirstinio, analizuoti buvo naudojami neparametriniai metodai. Kokybinių požymių proporcijų tarp nepriklausomų grupių palyginimui naudotas χ^2 kriterijus, o priklausomų imčių kintamųjų pokyčiams įvertinti - Vilkoksono kriterijus.

Parametrų skirtumas vertintas kaip statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$

4. REZULTATAI

Tiriamąją grupę sudarė 24 pacientai. Visų pacientų amžiaus vidurkis $50,2 \pm 10,5$ (23-72 metai). Šioje grupėje buvo 10 vyrų (41,6 proc.) ir 14 moterų (58,4 proc.). Šios grupės vyrų amžiaus vidurkis $46,4 \pm 9,8$ metų, moterų – $52,9 \pm 10,4$ metų.

Kontrolinę grupę sudarė 23 pacientai. Šios grupės pacientų amžiaus vidurkis buvo $48,9 \pm 14,6$ (19-77 metai). Šioje grupėje buvo 6 vyrai (26,1 proc.) ir 17 moterų (73,9 proc.). Šios grupės vyrų amžiaus vidurkis buvo $44,7 \pm 15,8$ metų, moterų – $50,4 \pm 14,3$ metų.

Pagal išsilavinimą tiriamosios grupės pacientai pasiskirstė taip: 16,7 proc. su aukštesniu išsilavinimu, 50 proc. su specialiu viduriniu išsilavinimu, 25 proc. – su viduriniu ir 8,3 proc. – su nebaigtu viduriniu. Kontrolinės grupės tiriamųjų duomenų apie išsilavinimą neturėjome.

Pagal gyvenamą vietą tiriamosios grupės pacientai pasiskirstė taip: 13 (54,2 proc.) gyvena mieste, 11 pacientų (45,8 proc.) gyvena kaime. Pagal gyvenamą vietą kontrolinės grupės pacientai pasiskirstė taip: 15 (65,2 proc.) gyvena mieste, 8 pacientai (34,8 proc.) gyvena kaime.

Gydymo trukmė abiejose grupėse nesiskyrė. Tiriamosios grupės pacientai gydyti $24 \pm 6,1$ dienos (nuo 8 iki 33 dienų), kontrolinės grupės pacientai gydyti $24,5 \pm 7,3$ dienos (nuo 11 iki 34 dienų).

4.1 Tiriamųjų AKS ir ŠSD rodikliai prieš kineziterapiją ir po kineziterapijos

Norėdami įvertinti tiriamųjų funkcinę būklę, apskaičiavome jų AKS ir ŠSD prieš kineziterapiją ir po jos.

Prieš kineziterapiją tiriamosios grupės ŠSD vidurkis buvo 75,62 k/min. (mažiausia reikšmė - 55 k/min., didžiausia - 104 k/min.).

Po kineziterapijos tiriamosios grupės ŠSD vidurkis išaugo iki 80,16 k/min. (mažiausia reikšmė - 58 k/min., didžiausia - 109 k/min.). Tiriamosios grupės ŠSD gydymo metu didėjo, bet statistiškai reikšmingai nekito ($p > 0,05$) ir atitiko normos ribas.

Prieš kineziterapiją kontrolinės grupės ŠSD vidutinis dydis buvo 79,08 k/min. (mažiausia reikšmė - 58 k/min., didžiausia - 100 k/min.).

Po kineziterapijos kontrolinės grupės ŠSD vidutinis dydis buvo 72,39 k/min. (mažiausia reikšmė - 52 k/min., didžiausias - 87 k/min.). Kontrolinės grupės tiriamųjų ŠSD gydymo metu mažėjo, tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas ($p > 0,05$) ir atitiko normos ribas. ŠSD tarp tiriamosios ir kontrolinės grupės kineziterapijos pradžioje ir pabaigoje taip pat nesiskyrė.

AKS tarp grupių tiek kineziterapijos pradžioje, tiek kineziterapijos pabaigoje buvo panašūs. Prieš kineziterapiją tiriamojoje grupėje sistolinis kraujospūdis buvo $127,83 \pm 21,1$ mmHg (mažiausias - 96 mmHg, didžiausias - 174 mmHg), diastolinis kraujospūdis buvo $77,25 \pm 8,4$ mmHg (mažiausias - 58 mmHg, didžiausias - 93 mmHg). Po kineziterapijos tiriamojoje grupėje sistolinis kraujospūdis buvo $125,87 \pm 17$ mmHg (mažiausias - 88 mmHg, didžiausias - 171 mmHg), diastolinis kraujospūdis buvo $77,08 \pm 8,3$ mmHg (mažiausias - 65 mmHg, didžiausias - 96 mmHg).

Kontrolinėje grupėje sistolinis kraujospūdis prieš kineziterapiją buvo 135 ± 22 mmHg (mažiausias - 108 mmHg, didžiausias - 210 mmHg), diastolinis kraujospūdis buvo 86 ± 10 mmHg (mažiausias - 61 mmHg, didžiausias - 110 mmHg). Po kineziterapijos kontrolinėje grupėje sistolinis kraujospūdis buvo 123 ± 14 mmHg (mažiausias - 100 mmHg, didžiausias - 155 mmHg), diastolinis kraujospūdis buvo $77,9 \pm 11,9$ mmHg (mažiausias - 60 mmHg, didžiausias - 108 mmHg).

Taigi, nustatyta, kad tiriamojoje grupėje sistolinis ir diastolinis kraujospūdis prieš kineziterapiją ir po kineziterapijos užsiėmimų statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$). Kontrolinėje grupėje sistolinis kraujospūdis prieš gydymą ir po gydymo statistiškai reikšmingai skyrėsi, tačiau išliko normos ribose, diastolinis kraujospūdis prieš gydymą ir po gydymo taip pat statistiškai reikšmingai sumažėjo, tačiau išliko normos ribose. Nustatyta, kad nebuvo statistiškai reikšmingo ($p > 0,05$) sistolinio ir diastolinio kraujospūdžių skirtumo tarp tiriamosios ir kontrolinės grupės prieš pradėdant gydymą ir pabaigus gydymą.

4.2 Hamiltono depresijos skalės vertinimai prieš kineziterapiją ir po kineziterapijos

Prieš kineziterapijos taikymą tiriamojoje grupėje Hamiltono skalės vidurkis buvo $30,37 \pm 6$ (mažiausia reikšmė 20, didžiausia – 42) balai. Moterų vidutinis balų skaičius buvo $30,64 \pm 5,2$ balų (mažiausia reikšmė - 21, didžiausia - 40), vyrų - $30 \pm 7,2$ balų (mažiausia reikšmė - 20, didžiausia - 42). Taigi, visiems tiriamosios grupės pacientams nustatyta vidutinio sunkumo depresija. Tiriamojoje grupėje po kineziterapijos Hamiltono skalės vidutinis balų skaičius sumažėjo iki $7,87 \pm 2,29$ (mažiausia reikšmė 4 balai, didžiausi reikšmė – 13). Moterų vidutinis balų skaičius buvo $8,07 \pm 2,16$ (mažiausia reikšmė - 5, didžiausia – 12), vyrų – $7,6 \pm 2,54$ balų (mažiausia reikšmė - 4, didžiausia – 13). Tiriamosios grupės depresijos lygis po gydymo sumažėjo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) (žiūr. 1 pav.).

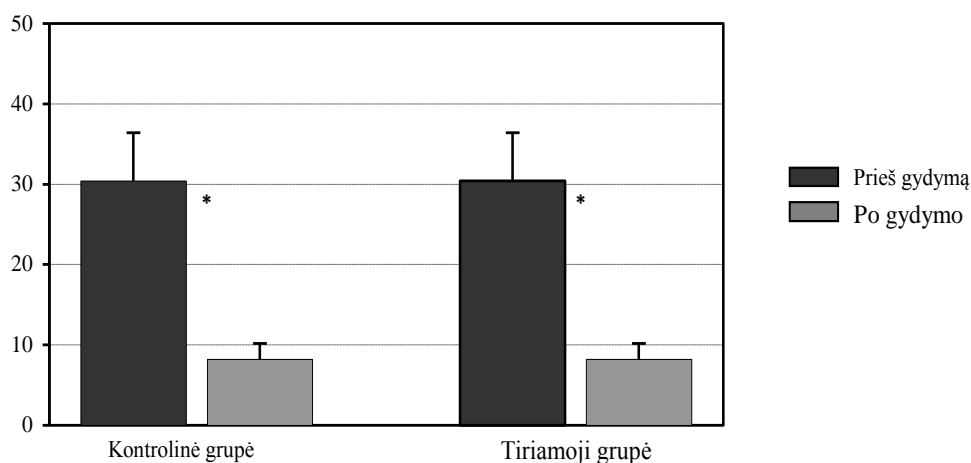
Kontrolinėje grupėje prieš kineziterapiją Hamiltono skalės vidurkis siekė $30,43 \pm 5,6$ balų (mažiausia reikšmė 18, didžiausia – 39). Moterų depresijos vertinimo vidurkis - $32,11 \pm 3,9$ balai (mažiausia reikšmė - 26, didžiausia - 39), vyrų – $25,66 \pm 7,2$ balai (mažiausia reikšmė - 18, didžiausia - 35). Taigi, kontrolinės grupės tiriamiesiems nustatyta sunki depresija ir šiuo požiūriu grupės tarpusavyje nesiskyrė. Kontrolinėje grupėje po kineziterapijos Hamiltono skalės vidutinis balų skaičius sudarė $8,17 \pm 2,14$ balų (mažiausia reikšmė 4 ir didžiausia – 13). Moterų vidutinis balų skaičius buvo $8,64 \pm 1,76$ balai (mažiausia reikšmė - 6, didžiausia - 13), vyrų – $6,83 \pm 2,7$ (mažiausia reikšmė - 4, didžiausia – 11). Taigi, baigus gydymą kontrolinės grupės pacientų depresijos lygis statistiškai reikšmingai sumažėjo ($p < 0,05$).

Lyginant tiriamosios ir kontrolinės grupės HAM-D įverčius prieš gydymą statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p > 0,05$). Lyginant tiriamosios grupės ir kontrolinės grupės HAM-D įverčius po gydymo statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p > 0,05$), tačiau depresijos lygis sumažėjo abiejose grupėse vienodai.

Tyrime buvo analizuojama ar keitėsi depresijos sunkumo lygis priklausomai nuo pacientų gautų procedūrų skaičiaus ir gydymo stacionare trukmės. Tiriamosios grupės ir kontrolinės grupės depresijos lygis pražioje buvo panašus, gydymo pabaigoje statistiškai reikšmingai sumažėjo ($p < 0,05$). Nustatytas ryšys tarp depresijos lygio sumažėjimo ir kineziterapijos procedūrų skaičiaus bei gydymo stacionare trukmės.

Pastebėta, kad kuo daugiau pacientai turėjo kineziterapijos procedūrų, tuo didesnis skirtumas buvo tarp pradinių ir galutinių Hamiltono depresijos skalės vertinimų, t.y. jų depresijos sunkumo lygis mažėjo ($p < 0,05$). Ši tendencija stebėta tiek tiriamojoje, tiek kontrolinėje grupėse.

Depresijos sunkumo lygis mažėjo priklausomai ir nuo gydymo stacionare trukmės ($p < 0,05$) (žiūr. 1 pav.).



1 pav. HAM-D vertinimai prieš ir po gydymo tiriamojoje ir kontrolinėje grupėse ($p < 0,05$)*

4.3 Anketinė apklausa

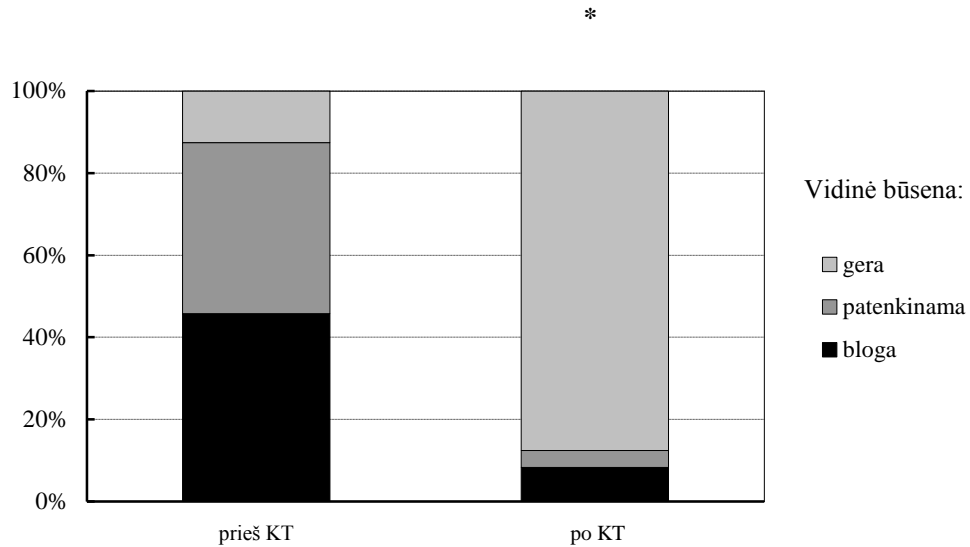
Gydant sergančiuosius depresija siekiama padidinti jų pasitikėjimą savimi, savo jėgomis, mažinti apatiją, gražinti norą buvusiai mėgstamai veiklai, kelti jų savivertę, skatinti fizinį aktyvumą.

Pacientų, sergančių depresija ir gydomų stacionare veiklos sritys ribotos, tačiau yra užsiėmimų, kurie padeda atsipalaiduoti, pajauti malonumą. Tai - skaitymas, televizoriaus žiūrėjimas, rankdarbiai, pasivaikščiojimas, bendravimas tarpusavyje, psichosocialinės reabilitacijos užsiėmimai.

Kaip jau buvo minėta, pacientai turėjo atsakyti į klausimus apie savo fizinę būklę, miego kokybę, bendravimą su aplinkiniais, norą skaityti, norą žiūrėti televizorių, norą apskritai ką nors veikti ir savo energijos pojūtį.

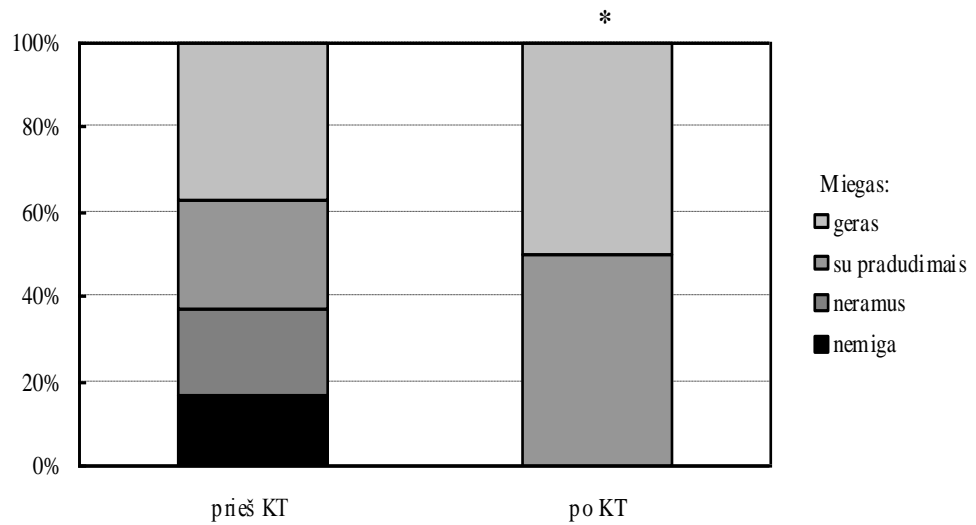
Statistiškai reikšmingi pokyčiai buvo pacientų fizinės būklės vertinime ($p < 0,05$). Prieš kineziterapiją 45,8 proc. apklaustųjų savo fizinę būklę vertino blogai ir 41,7 proc. vertino ją patenkinamai, 12,5 proc. vertino gerai. Baigus kineziterapiją 8,3 proc. tiriamosios grupės pacientų savo fizinę būklę įvertino blogai, 4,2 proc. pacientų vertino ją patenkinamai, 87,5 proc. savo fizinę būklę įvertino kaip gerą (žiūr. 2 pav.).

Taigi, ligonių, sergančių depresija kompleksinis gydymas taikant kineziterapiją, jų pačių nuomone, teigiamai veikia jų fizinę būklę (žiūr. 2 pav.).



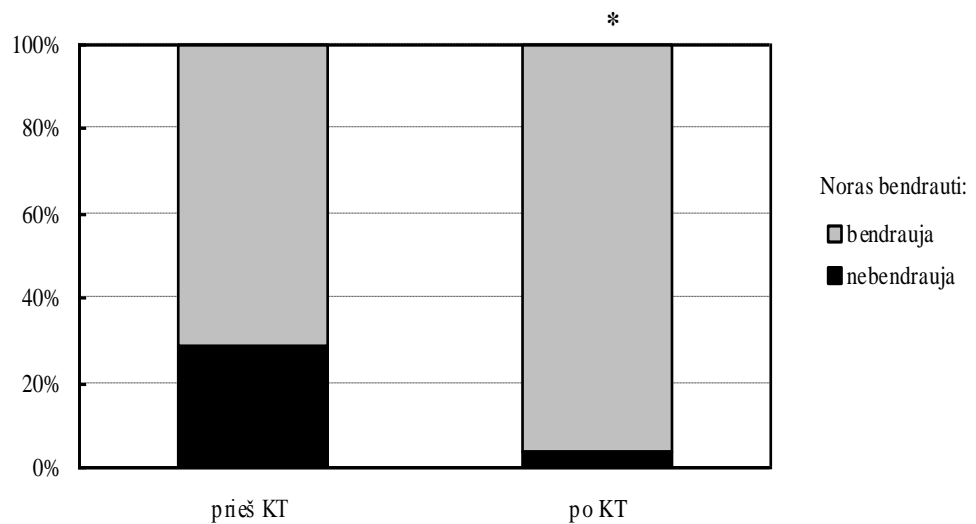
2 pav. Tiriamosios grupės fizinės būklės vertinimas prieš ir po KT (* $p < 0,05$)

Ligonių, sergančių depresija miego kokybė buvo įvardinta kategorijomis “nemiga”, “neramus”, “su prabudimais” ir “geras” miegas. Prieš kineziterapiją 16,7 proc. skundėsi nemiga, 20,8 proc. skundėsi neramiu miegu, 25 proc. skundėsi miegu su prabudimais ir 37,5 proc. miegą įvertino kaip gerą. Po kineziterapijos 50 proc. tiriamosios grupės pacientų miegas buvo su prabudimais ir 50 proc. miegą įvertino kaip gerą. Gautas statistiškai reikšmingas pokytis ($p < 0,05$) vertinant tiriamųjų miego kokybę po kineziterapijos taikymo jų kompleksiniame gydyme (žiūr. 3 pav.).



3 pav. Tiriamosios grupės miego kokybės vertinimas prieš ir po KT (* $p < 0,05$)

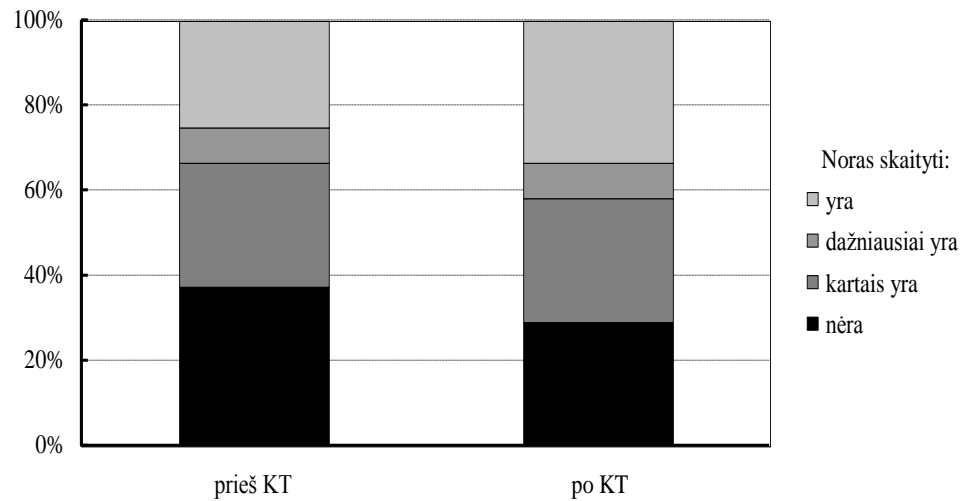
Baigus depresija sergančių ligonių gydymą, statistiškai reikšmingai pasikeitė ir noro bendrauti rezultatai ($p < 0,05$). Prieš kineziterapiją 29,2 proc. pacientų nerodė noro bendrauti tarpusavyje, su personalu, ar abiem pusėmis kartu, 70,8 proc. bendravo. Baigus kompleksinį gydymą nenorinčiųjų bendrauti sumažėjo iki 4,2 proc. ir bendrauti norinčiųjų skaičius išaugo iki 95,8 proc. (žiūr. 4 pav.).



4 pav. Tiriamosios grupės noro bendrauti vertinimas prieš ir po KT (* $p < 0,05$)

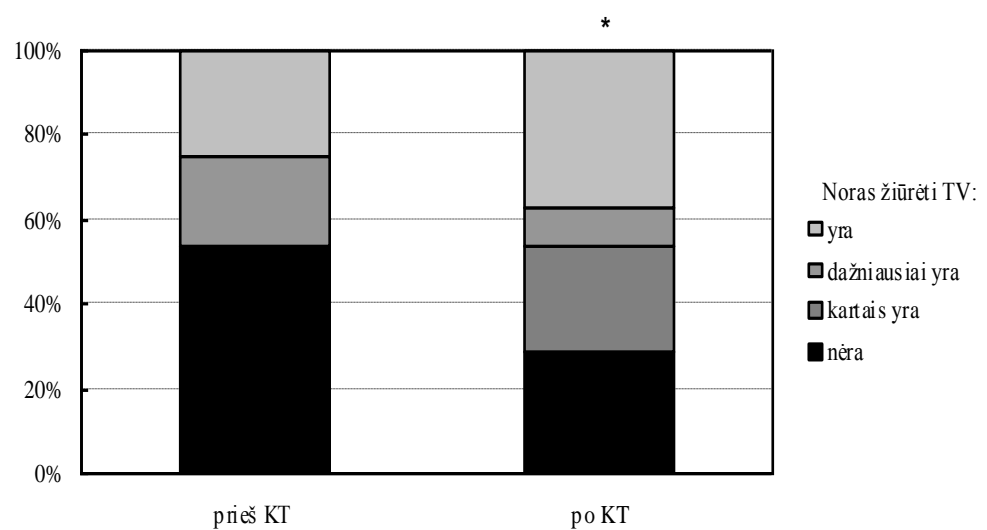
Taip pat analizavome, kaip taikant kompleksinį gydymą ir kineziterapiją keitėsi ligonių noras skaityti. Prieš kineziterapiją noro skaityti neturėjo 37,5 proc. tiriamųjų, kartais skaityti norėjo 29,2 proc., dažnai skaityti norėjo 8,3 proc. ir norą skaityti turėjo 25 proc. Baigus gydymą ligonių noras skaityti pakito nedaug: skaityti noro neturėjo 29,2 proc., kartais skaityti norėjo 29,2 proc., dažnai

skaityti norėjo 8,3 proc. ir nora skaityti turėjo 33,3 proc. tiriamųjų. Šis pokytis buvo statistiškai nereikšmingas ($p>0,05$) (žiūr. 5 pav.).



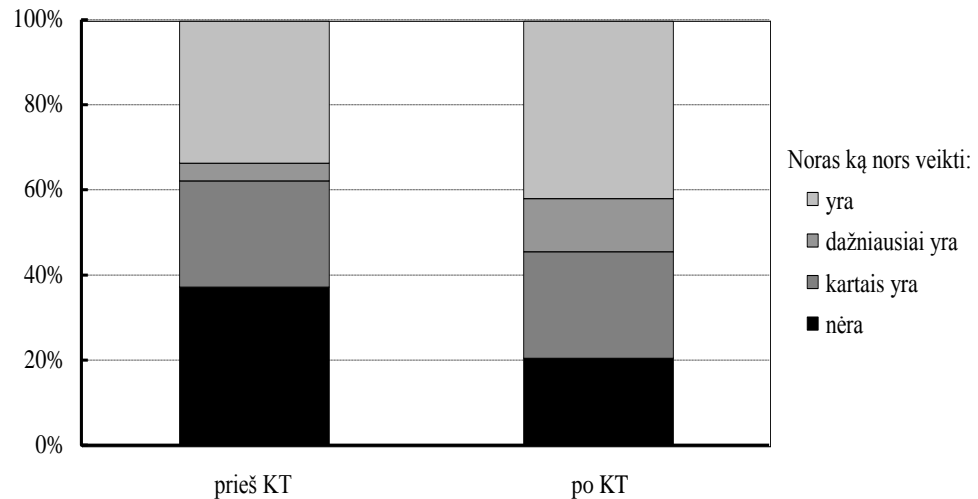
5 pav. Tiriamosios grupės noras skaityti prieš ir po KT

Analizuotas tiriamųjų noras žiūrėti televizorių prieš ir po kompleksinio gydymo ir kineziterapijos. Prieš kineziterapiją 54,2 proc. neturėjo išvis noro žiūrėti televizorių, 20,8 proc. kartais norėjo žiūrėti ir 25 proc. turėjo norą žiūrėti televizorių. Po kompleksinio gydymo ir kineziterapijos 29,2 proc. nenorėjo žiūrėti televizorių, 25 proc. kartais norėjo žiūrėti, 8,3 proc. dažniausiai norėjo žiūrėti ir 37,5 proc. norėjo žiūrėti televizorių. Po kineziterapijos nustatytas statistiškai reikšmingas pokytis vertinant norą žiūrėti televizorių ($p<0,050$) (žiūr. 6 pav.).



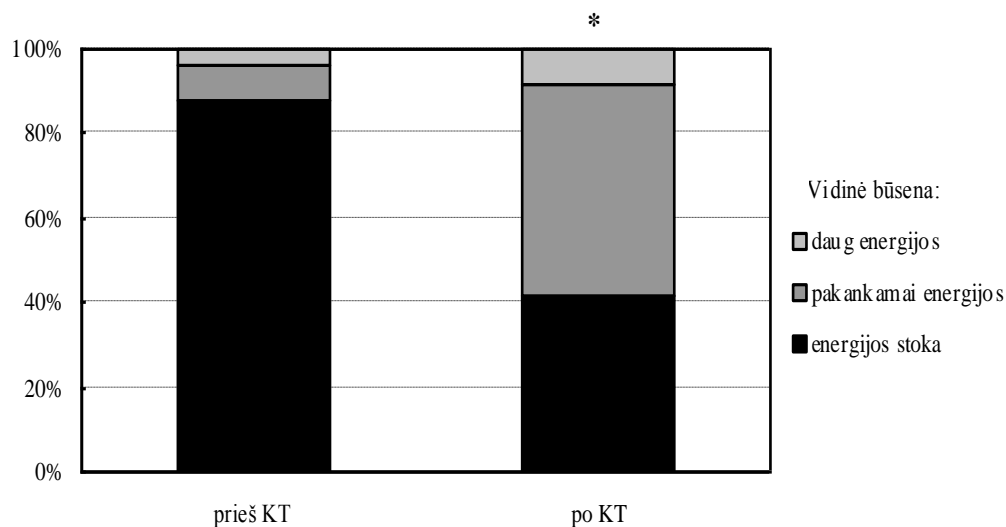
6 pav. Tiriamosios grupės noras žiūrėti televizorių prieš ir po KT (* $p<0,05$)

Tiriamųjų noras ką nors veikti prieš kompleksinį gydymą ir kineziterapiją pasiskirstė taip: 37,5 proc. neturėjo noro ką nors veikti, 25 proc. kartais norėjo ką nors veikti, 4,2 proc. dažniausiai norėjo ką nors veikti ir 33,3 proc. turėjo norą ką nors veikti. Po taikyto gydymo tiriamųjų noras ką nors veikti pasiskirstė taip: 20,8 proc. neturėjo noro ką nors veikti, 25 proc. tais norėjo ką nors veikti, 12,5 proc. dažniausiai norėjo ką nors veikti ir 41,7 proc. turėjo norą ką nors veikti. Statistiškai reikšmingų pokyčių tiriamųjų noro ką nors veikti po taikyto gydymo nerasta ($p>0,05$) (žiūr. 7 pav.).



7 pav. Tiriamosios grupės noras apskritai ką nors veikti prieš ir po KT

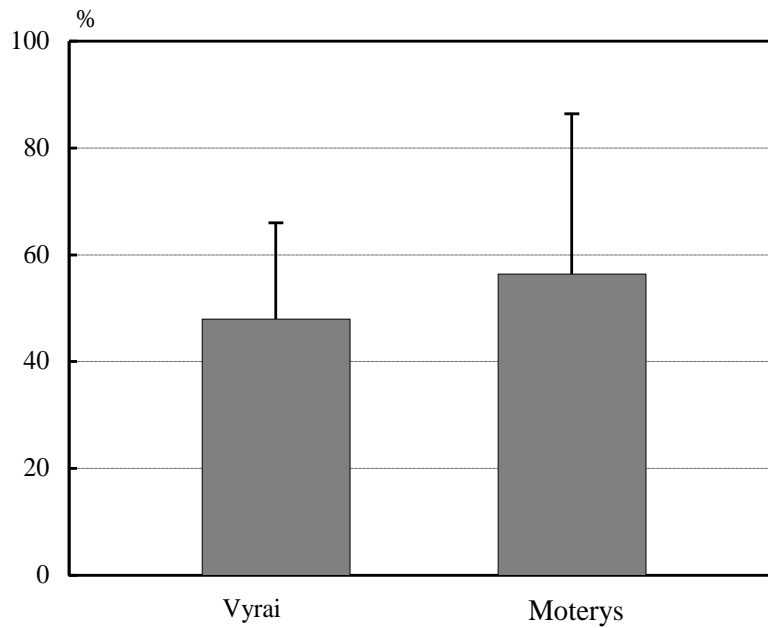
Pacientų buvo klausiama apie jų vidinę būseną naudojant terminus „energijos stoka“, „pakankamai energijos“ ir „daug energijos“. Prieš kineziterapiją 87,5 proc. tiriamųjų skundėsi energijos stoka, 8,3 proc. turėjo pakankamai energijos ir 4,2 proc. turėjo daug energijos. Po taikyto kompleksinio gydymo ir kineziterapijos 41,7 proc. tiriamųjų skundėsi energijos stoka, 50 proc. turėjo pakankamai energijos ir 8,3 proc. turėjo daug energijos. Vertinant tiriamųjų energijos pokyčius, skirtumas prieš kineziterapiją ir po kineziterapijos užsiėmimų yra statistiškai reikšmingas ($p<0,05$) (žiūr. 8 pav.).



8 pav. Tiriamosios grupės vidinės būsenos jausmas prieš ir po KT (* $p < 0,05$)

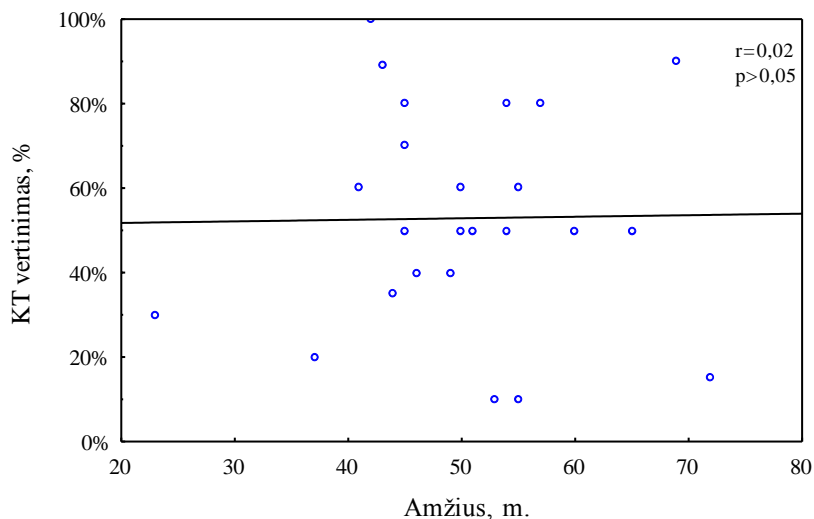
Baigus gydymą, tiriamųjų prašėme įvertinti kineziterapijos reikšmę jų bendrame gydyme. Kineziterapijos svarbumą pacientai įvertino procentais nuo 1 iki 100.

Reikia pažymėti, kad pacientai labai pozityviai įvertino kineziterapijos naudą jų bendro gydymo fone ir savo nuomonę išreiškė įrašydami gana didelį procentinį įvertinimą. Kineziterapijos procentinis vertinimas tarp moterų ir vyrų reikšmingai nesiskyrė. Vyrų kineziterapijos naudą jų kompleksinio gydymo procese įvertino 48 proc., o moterys – 56,36 proc. Vyrų ir moterų kineziterapijos reikšmės jų bendrame gydyme procentinis vertinimas statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p > 0,05$) (žiūr. 9 pav.).



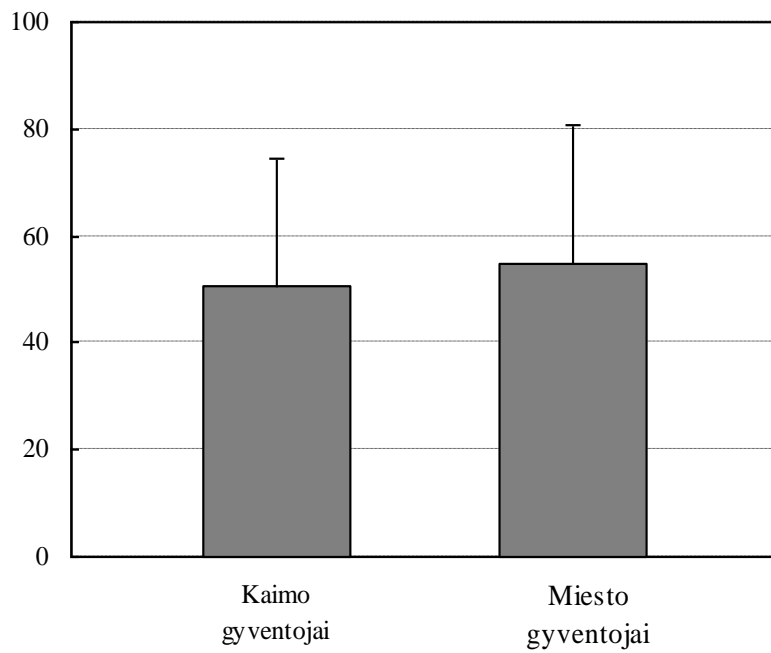
9 pav. Tiriamosios grupės KT naudos įvertinimas procentais bendrame gydymo procese

Analizuojant kineziterapijos naudos procentinį vertinimą, buvo kreipiamas dėmesys, ar yra kokie skirtumai tarp vertinimą atlikusių pacientų amžiaus. Nustatyta, kad vertinimas nepriklauso nuo pacientų amžiaus (žiūr. 10 pav.).



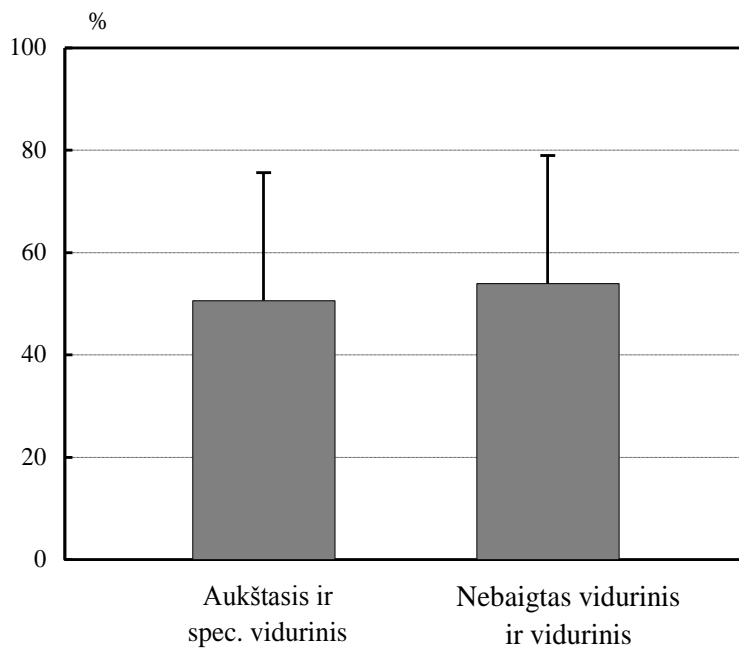
10 pav. Tiriamosios grupės KT naudos įvertinimo procentais bendrame gydymo procese priklausomybė nuo pacientų amžiaus

Nenustatyta jokio žymesnio skirtumo vertinant KT naudą procentais kompleksinio gydymo procese tarp gyvenančių mieste ir kaime pacientų (žiūr. 11 pav.).



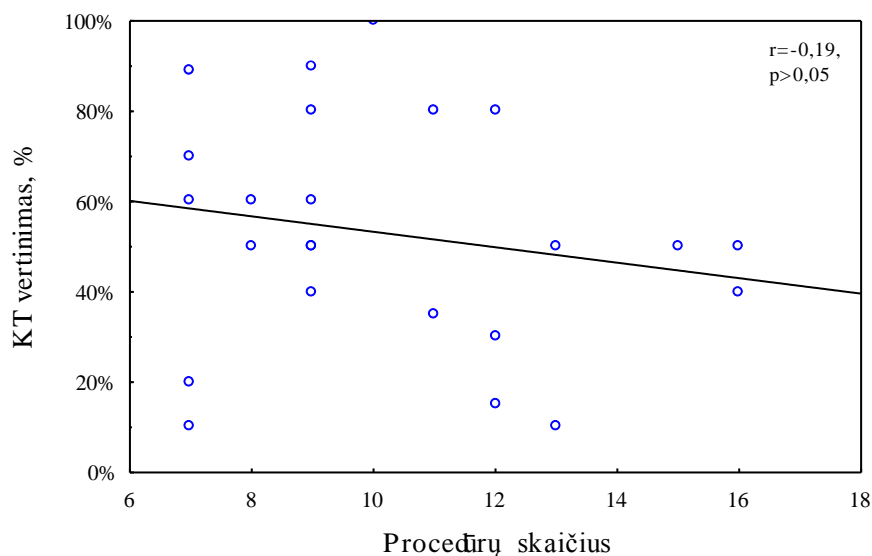
11 pav. Tiriamosios grupės KT naudos įvertinimo procentais bendrame gydymo procese priklausomybė nuo gyvenamosios vietos (miestas/kaimas)

Kineziterapijos naudos kompleksinio gydymo procese vertinimas procentais nepriklausė nuo sergančiųjų depresija išsilavinimo (žiūr. 12 pav.).



12 pav. Tiriamosios grupės KT naudos įvertinimo procentais bendrame gydymo procese priklausomybė nuo pacientų išsilavinimo

Tyrimo metu buvo fiksuojamas pacientų turėtų kineziterapijos procedūrų skaičius ir po to analizuojama, ar yra ryšys tarp turėtų procedūrų skaičiaus ir kineziterapijos naudos vertinimo procentais kompleksinio gydymo procese. Nustatyta, kad kineziterapijos vertinimas nepriklauso nuo procedūrų skaičiaus ($p > 0,05$) (žiūr. 13 pav.).



13 pav. KT naudos procentinio vertinimo bendrame gydymo procese priklausomybė nuo procedūrų skaičiaus

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Įrodyta, kad fizinis aktyvumas mažina depresijos išsivystymą, tačiau nėra vieningos patvirtintos fizinio aktyvumo metodikos. Nėra vieningos nuomonės dėl optimaliausių pratimų pobūdžio kineziterapijoje, jų intensyvumo ir kiekio sergantiesiems depresija.

Sergančiuosius depresija kamuoja energijos, koncentracijos ir susikaupimo trūkumas. Šios ligos nuolatiniai simptomai yra nerimas ir liūdesys. Pacientai linkę neigiamai vertinti savo fizinę būklę, moterys labai skausmingai išgyvena didesnio ar mažesnio anstvorio problemas, išorės trūkumus. Komandinė veikla skatina pacientus susikoncentruoti, sutelkti dėmesį, bendrauti tarpusavyje. Pastebėta, kad kineziterapijos užsiėmimų metu akivaizdžiai gerėja pacientų nuotaika, motyvacija, fizinis aktyvumas. Todėl labai veiksmingi šiuo atveju yra aktyvūs žaidimai su kamuoliu. Suklydus atliekant pratimą skiriama „bauda“, pav. trys pritūpimai. Tai iššaukia juoką, geras emocijas ir skatina pacientus dar dėmesingiau įsitraukti į veiklą, bendrauti tarpusavyje. Pastebėta, kad ilgesnės

trukmės kvėpavimo ar ištvermės pratimai pacientams greitai pabosdavo, jie imdavo darytis apatiški, pavargdavo.

Pastebėta, kad jau po septynių kineziterapijos užsiėmimų pacientų psichoemocinė būklė tapo geresnė. 18 pacientų į pirmą KT užsiėmimą atėjo motyvuoti, kaip patys įvardino - „norėdami pakeisti aplinką“, „pagerinti fizinę būklę“, „tikėdamiesi pajudėti“. 6 pacientai atėjo paskatinti juos gydančio gydytojo. Tačiau jau po pirmojo KT užsiėmimo pastaroji pacientų, sergančių depresija, dalis išreiškė pageidavimą ir toliau dalyvauti KT, ateidavo į užsiėmimus su entuziazmu ir noriai dalyvaudavo. Apie psichoemocinės būklės teigiamus pokyčius galima spręsti iš pacientų užpildytų anketų, kuriose po kineziterapijos taikymo stebėti statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) padidėję fizinės būklės, miego, bendravimo, vidinės būsenos (energijos pojūtis) ir noro žiūrėti televizorių vertinimai. Nežymiai išaugo noras skaityti, nepakito noras apskritai ką nors veikti.

Taikytos kineziterapijos metu sergantiesiems depresija nebuvo taikomi jokie treniruojantys režimai. Buvo taikoma vidutinio intensyvumo, nedidelio krūvio fizinė veikla pagal pacientų tos dienos nuotaiką ir fizinį pajėgumą, kadangi pagrindinis išsikeltas tikslas buvo gerinti psichoemocinę sergančiųjų depresija būklę. Mankštos metu buvo taikomi ir žaidybiniai pratimai su kamuoliu.

Daug autorių, atlikusių tyrimus dėl mankštos intensyvumo pobūdžio sergantiesiems depresija, pateikia labai skirtingus duomenis. Pabrėžiama, kad optimaliausi fiziniai pratimai yra tie, kurie patinka pacientams ir kurių atlikimas teikia jiems malonumą [42]. Kiti autoriai teigia, jog sergančiųjų depresija emocijos ir jausmai gerėja atliekant vidutinio intensyvumo mankštą, nes ji gerina psichologinę savijautą [31]. Vidutinio intensyvumo mankštos naudą sergantiesiems depresija pažymi J. Creek ir L. Lougher. Autoriai nurodo, kad vidutinio intensyvumo mankšta turi teigiamą poveikį psichologinės gerovės jausmui [31].

Nustatyta, kad ir nedidelio intensyvumo fizinė veikla didina asmens savivertę, komandiniai žaidimai yra ir socialinis renginys. Kineziterapijos metu pacientai gali atsipalaiduoti ir užsimiršti, kadangi būna sutelkę dėmesį į taisyklingą pratimo atlikimą. Pozityvūs pojūčiai atsiranda ir neintensyvios mankštos metu [44, 20, 23, 33, 43].

Tyrimo metu taikant kineziterapiją sergantiesiems depresija nebuvo pastebėta žymesnių pacientų funkcinės būklės pakitimų po kineziterapijos taikymo, ŠSD ir AKS kitimas nebuvo statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$). Panašūs rezultatai gauti atlikus keturių savaitių fizinės mankštos užsiėmimus asmenims, sergantiems sunkia depresija. Autorė minėjo, kad fizinė mankšta teigiamai veikė depresijos ir nerimo simptomatiką, subjektyvią miego ir su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, tačiau negerino širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinės būklės [20].

Saudargienė su bendraautoriais nurodo, kad sergantiems sunkia depresija su melancholijos požymiais fizinė mankšta negerino širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinės būklės [19]. Nustatyta,

kad sergantiesiems sunkia depresija be somatikos simptomų fizinė mankšta gerina širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinę; tačiau sergantiesiems sunkia depresija su somatikos simptomais fizinė mankšta negerina širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinės būklės [18].

Gautiems sergančiųjų depresija funkcinės būklės tyrimo rezultatams įtakos gali turėti šalutinis vaistų poveikis sergantiesiems. Reikia pažymėti, kad antidepresantai turi šalutinį poveikį, kuris pasireiškia koncentracijos ir dėmesio sumažėjimu, galvos skausmu ir svaigimu, burnos džiūvimu, rankų pirštų tremoru, tachikardija, pulso sulėtėjimu, kraujospūdžio sumažėjimu [12]. Nustatyta, jog depresija turi įtakos širdies ritmui [18]. Todėl sergančiųjų depresija funkcinės būklės rodikliai, skirtingai nuo sveikų žmonių, gali labai individualiai priklausyti nuo šalutinio antidepresantų poveikio pacientui. Tai sudaro sunkumus norint objektyviai vertinti pacientų funkcinę būklę prieš ir po kineziterapijos taikymo.

Lyginant mūsų atlikto tyrimo HAM-D rezultatus prieš ir po kineziterapijos tiriamosios grupės ir kontrolinės grupės įverčiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė. J. Blumenthal su grupe autorių atlikę tyrimą apie mankštos naudą vyresnio amžiaus sergantiesiems depresija gavo panašų rezultatą. Tyrėjai nustatė, kad tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių nėra statistiškai reikšmingo skirtumo lyginant HAM-D įverčius po atlikto tyrimo [28].

Nustatyta, kad depresijos sunkumo lygis mažėja, ilgėjant gydymo stacionare trukmei. Viso gydymo metu pagrindinė terapija yra farmakoterapija. Nustatyta, kad po 4-6 savaičių gydymo vaistais 50 proc. pacientų būklė pagerėja, o po 10-12 savaičių paprastai iki minimumo sumažėja simptomų ar jie išnyksta [6].

Tyrimo metu sergančiųjų depresija psichoemocinės būklės pradinuose ir galutiniuose vertinimuose tarp tiriamosios ir kontrolinės grupių nerasta statistiškai reikšmingo skirtumo, tačiau anketinės apklausos duomenys parodė, kad statistiškai reikšmingai pagerėjo pacientų fizinės būklės, miego, bendravimo, noro žiūrėti televizorių, energijos pojūčio vertinimas. Šie vertinimai aiškiai parodė kineziterapijos naudą sergantiesiems depresija. S. Saudargienė su bendraautoriais nurodo, kad fizinė mankšta vieno mėnesio laikotarpyje gerina subjektyvią miego ir su sveikata susijusio gyvenimo kokybę [18, 19].

Labai svarbus yra bendravimas tarp personalo ir sergančiųjų depresija pacientų. Savo tyrime stengėmės bendrauti su pacientais kuo nuoširdžiau, vengti formalumo santykiuose. Kineziterapeutas užsiėmimų metu motyvuodavo sergančiuosius depresija pacientus, tuo būdu keldavo jų pasitenkinimą kineziterapijos užsiėmimu, pacientai nesijausdavo stigmatizuoti, kineziterapija jiems tapdavo ne tik fizinio sveikatinimo priemone, bet ir bendru malonių dalyvavimu socialinėje veikloje. Betarpiško bendravimo naudą sergantiems depresija asmenims pažymi daug autorių, pabrėždami empatiško pažiūrio ir paciento palaikymo svarbą. Dirbant su sergančiaisiais depresija reikia sudaryti tinkamą

atmosferą, padedančią pacientui atsiskleisti. Pacientai labai jaučia, ar su jais bendraujama nuoširdžiai, ar tik iš pareigos; labai svarbu rasti gerą kontaktą su ligoniu [6, 12, 8].

A. Pranckevičienė savo darbe tyrė depresija sergančių asmenų savijautą ir subjektyvų gyvenimo vertinimą stacionarinio gydymo laikotarpiu, šių reiškinių sąsajas bei pokyčius gydymo metu. Nustatyta, kad subjektyvus asmens savo ligos ir sveikatos vertinimas svarbus prognozuojant sveikimo nuo depresijos rezultatus, tai gali būti laikoma psichikos sveikatos išteklių rodikliu. Minėta autorė nurodo, kad depresija sergančių asmenų savijauta yra daugiakomponentė ir psichologinių bei somatinių savijautos komponentų išskyrimas yra naudingas analizuojant depresija sergančių asmenų sveikimą stacionarinio gydymo laikotarpiu. Subjektyvus gyvenimo vertinimas neprognozuoja gydymo rezultatų, tačiau yra tinkamas subjektyvus visuminės sveikatos matas, nes gerai parodo funkcinės ir kognityvinės depresijos pasekmes, t.y. pasikeitusį suvokimą [14].

Apibendrinant mūsų tyrimo duomenis, galima teigti, kad taikant kineziterapiją sergantiesiems depresija buvo nustatyti žymūs teigiami pacientų psichoemocinės būklės pokyčiai. Gauti sergančiųjų depresija psichoemocinės būklės tyrimo rezultatai daugeliu atveju sutampa su psichoemocinės būklės teigiamais pokyčiais po mankštos, aprašytais autorių J. Creek ir L. Lougher. Šie autoriai pažymi daug teigiamų pokyčių psichoemocinėje sergančiųjų depresija būklėje po fizinio aktyvinimo. Turima omenyje nerimo bei streso simptomai, nuotaika bei emocijos, savivertės pojūtis, taip pat kognityvinės funkcijos. Pažymima, jog mankšta nuo nežymaus iki vidutinio lygio mažina nerimo ir streso pasireiškimo intensyvumą. Viena mankštos serija gali sumažinti trumpalaikį nerimą. Tiek vyrai, tiek moterys visose amžiaus grupėse patiria pozityvų mankštos efektą savo vidinio tobulėjimo augime. Akivaizdžiausiai tai matoma vaikų ir vidutinio amžiaus suaugusiųjų tarpe [31].

Iškelta darbo hipotezė pasitvirtino iš dalies: taikant kineziterapiją, pagerėjo ligonių, sergančių depresija, miego kokybė, padidėjo noras bendrauti tarpusavyje, pagerėjo subjektyviai vertinama vidinė būseną bei fizinė būklė, noras žiūrėti televizorių. Objektyvaus depresijos sunkumo lygio vertinimo duomenys rodo, kad baigus gydymą abiejų grupių tiriamųjų depresijos lygis sumažėjo. Vadinasi, kineziterapija šių ligonių psichoemocinės būklės kitimui įtakos neturėjo. Objektyvių fizinės būklės pokyčių taikant kineziterapiją nestebėta.

6. IŠVADOS

1. Kineziterapija neturėjo įtakos pacientų funkcinės būklės pokyčiams: ŠSD ir AKS pokyčiai nebuvo statistiškai reikšmingi ($p>0,05$).
2. Kineziterapija turėjo įtakos ligonių subjektyviam būklės vertinimui: pagerėjo miegas, bendravimas, vidinė būseną, fizinė būklė, padidėjo noras žiūrėti televizorių.
3. Tiriamosios ir kontrolinės grupių pacientų depresijos sunkumo lygis sumažėjo ir statistiškai reikšmingai tarpusavyje nesiskyrė ($p>0,05$), t.y. kineziterapija psichoemocinės būklės kitimui įtakos neturėjo.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Kineziterapijos programos sudarymas ir jos panaudojimas klinikinėje praktikoje sudaro sąlygas pasiekti žymiai geresnių sergančiųjų depresija gydymo rezultatų. Kineziterapijos užsiėmimai kelia sergančiųjų nuotaiką, savivertės jausmą, padeda atsiriboti nuo neigiamų emocijų, lengvina bendravimą su aplinkiniais.

Kineziterapijos užsiėmimai neturi būti monotoniški, nerekomenduojama atlikti daug pratimų, nes pacientai pavargsta, neišlaiko dėmesio.

Pacientai vargsta, kai pratimai lėto tempo, todėl tikslinga atlikti vidutinio intensyvumo pratimus. Sergantiesiems depresija tinka grupiniai kineziterapijos užsiėmimai, kadangi tai skatina bendravimą.

Tikslinga į kineziterapijos kompleksą įtraukti žaidybinio pobūdžio pratimus bei pratimus su kineziterapijos priemonėmis. Tokio pobūdžio pratimai aktyvina sergančiuosius depresija, padeda išlaikyti dėmesį ir lavinti koordinaciją.

Minėtą kineziterapijos programą rekomenduojama naudoti sergantiesiems depresija.

8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Adomaitienė V, Neišnaudotų depresijos gydymo galimybių pasekmės : Antroji kasmetinė VU ir KMU Psichiatrijos klinikų konferencija „Diagnostikos ir gydymo reikšmė ekonominei psichikos sutrikimų naštai“ / V. Adomaitienė. Iš: *Psichiatrijos aktualijos*. Kaunas : Medicinos spaudos namai. ISSN 1648-3154. 2010, Nr. 1(3), p. 2-4.
2. Alekna R, Aputytė V, Bunevičius R....[ir kt.]; mokslinis redaktorius Dembinskas A, Psichiatrija, Vilnius, 2003.
3. Auglytė Ž, Dragūnevičius K, Litvinienė J, Krikščiukaitytė R, Narmontienė J, Skučienė D, Subata E, Šumskaitė L, Žalimienė L, Asmenų, priklausomų nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, reintegracija į visuomenę ir į darbo rinką: Socialinės atskirties problemų sprendimas. Darbo su priklausomais nuo narkotinių medžiagų asmenimis metodika, Vilnius, 2008, 234p.
4. Bunevičius R, Hamiltono depresijos vertinimo skalės aprašymas, *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 2010;12(2) m. gruodis, 152p.
5. Bunevičius R, Paciento psichikos būklės įvertinimas, klinikinės depresijos tyrimo skalės, *Gydymo menas*, 2007;1;19-20.
6. Daubaras G, Psichiatrija somatinėse gydymo įstaigose, Vilnius, 2004.
7. Daubaras G, Somatinių ligonių psichikos sutrikimai, Vilnius, 2001.
8. Dembinskas A, Depresija, psychopatologija, klasifikacija, gydymas, Vilnius, 1999.
9. Jasulaitis M, Neverauskas J, Serotonino sindromas, pasireiškęs pacientei, kuriai gydymas didele doze fluoksetino buvo sustiprintas kartonine transkranialine magnetine stimuliacija // *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* : 2007;9(2):50-52.
10. Kineziologijos pagrindai: mokomoji knyga/ Lietuvos kūno kultūros akademija, Kauno medicinos universitetas; [sudarytojas Jonas Poderys]. Kaunas, 2004.
11. Kriščiūnas A, Samėnienė J, Morkevičius T, Šviesos taikymas pacientų ir neįgaliųjų reabilitacijai, Kaunas, 2008, 114 p.
12. Lapkauskienė N, Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai, Vilnius, 2004.
13. Palinauskienė LR, Psichikos sveikatos slauga, Panevėžys, 2006.
14. Pranckevičienė A, Depresija sergančių asmenų savijauta ir subjektyvus gyvenimo vertinimas stacionarinio gydymo laikotarpiu, Daktaro disertacija-Vytauto Didžiojo universitetas, 2008.
15. Proškuvienė R, Psichikos sveikatos problemos, Vilnius, 2008.

16. Psichikos sutrikimų diagnostika ir gydymas bendrojoje praktikoje: TLK-10 V skyriaus versija pirminei sveikatos priežiūrai, PSO, 1999, vertė [R. Bunevičius].
17. Pūras D, Kolaitienė J, Refleksoterapijos vaidmuo depresinių susirgimų gydyme / D. Pūras, J. Kolaitienė. Iš: Konferencijos "Destigmatizacija psichiatrijoje: problemos ir sprendimai" : tezių rinkinys : Kaunas, 1999 birželio 24-25 d. Kaunas : Lietuvos psichiatrų asociacija, 1999, p. 156.
18. Saudargienė S, Fizinės mankštos poveikis sergantiesiems sunkia depresija: [Rankraštis] : daktaro disertacija : biomedicinos mokslai, slauga (11 B) / Sigita Saudargienė; Kauno medicinos universitetas. Kaunas : Kauno medicinos universitetas, 2009. 109 p.
19. Saudargienė S, Podlipskytė A, Varoneckas G, Fizinės mankštos poveikis sergančiųjų depresija širdies ir kraujagyslių funkicinei būklei, miego ir gyvenimo kokybei, *Sveikatos mokslai*, Vilnius : Sveikata, 2008, t. 18, Nr. 5(59), p. 1880-1886.
20. Saudargienė S, Varoneckas G, Podlipskytė A, Bunevičius R, Fizinės mankštos įtaka nerimo simptomams, nuotaikai, miegui ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, gydant sunkų depresijos epizodą, / S. Saudargienė, A. Podlipskytė, G. Varoneckas, 2008, t. 18, Nr. 5(59), p. 1880-1886.
21. Sendžikaitė E, Studenčių, lankančių aerobikos pratybas, širdies ir kraujagyslių sistemos bei nerimo ir depresijos simptomų įvertinimas : [Rankraštis] : daktaro disertacija : biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B) / Ernesta Sendžikaitė ; Kauno medicinos universitetas. Kaunas, 2009. 108 p.
22. Stroputė D, Andruškienė J, Raškauskienė N, Bunevičius R, Dirbančiųjų laisvalaikio fizinio aktyvumo raiškos sąsajos su depresijos simptomais, *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 2008, T. 10, Nr. 1, p. 7-11.
23. Šerpytė R, Apie nuobodulį, tikėjimą ir nihilizmą, *Religija ir kultūra*, 2008-5-1, p24-39.
24. Šidlauskaitė – Stripeikienė I, Žemaitienė N, Klumbienė J, Lietuvos rajonų suaugusių gyventojų depresiškumo savitumai bei sąsajos su psichosocialiniais veiksniais, *Medicina*, Kaunas, 2010; 46(10): 698-699.
25. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Prieiga per internetą:
<http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=category&id=12&Itemid=23>.
26. Aicheberg MC, Shouler-Ocak M, Mundt A, Bush MA, Nickels E, Heimann HM, Strohle A, Reischies FM, Heinz A, Rapp MA, Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, *Eur Psichiatri*. 2010 Dec;25(8):468-75. Epub 2010 Jul 7.

27. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, Herman S, Craighead WE, Brosse AL, Waugh R, Hinderliter A, Sherwood A, Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder, *Psychosom Med.* 2007 Sep-Oct;69(7):587-96. Epub 2007 Sep 10.
28. Blumenthal JA., Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatry P, Waugh R, Napolitano MA, Forman LM, Appelbaum M, Doraiswamy PM, Krishnan KR, Effects of exercise training on older patients with major depression, *Arch Intern MED.* 1999 Oct 25;159(19):2349-56.
29. Caplan HI, Sadock BI., Synopsis of psychiatry, Behavior Sciences Clinical psychiatry, Baltimore, Hong Kong, London, Munich, San Francisco, Sydney, Tokyo, 1991. p. 674-676
30. Chaouloff F, Physical exercise and brain monoamines: A review. *Acta Physiol Scand.* 1989 Sep; 137(1): 1-13
31. Creek J, Lougner L, Occupational Therapy and mental health, foreword by Hanneke Van Bruggen. 4th ed. Edinburgh [etc.] : Churchill Livingstone/Elsevier, 2008. xviii,601p.
32. Curtiss, Arline B, Brain-switch. Kelias iš depresijos : sustabdykite užburta nevilties ratą / Arline Curtiss, Vilnius, 2009. 294 p.
33. Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H, Silveira H, Mouta R, Pompeu FA, Coutinho ES, Laks J, Exercise and mental health: many reasons to move, *Neuropsychobiology.* 2009;59(4):191-8. Epub 2009 Jun 10.
34. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision – DSM-IV-TR knyga, Diagnostic and statistical manual of mental disorders ; American Psychiatric Assoc. 3rd ed. [B.v.], 1980. 494 p.
35. Dilingas H, Reimeris Ch, Psichiatrija ir psichoterapija, Vilnius, 2000.
36. Downing-Orr, Apmažstant depresiją: kodėl dabartinis gydymas patiria nesėkmes, 1998.
37. Gill A, Womack R, Safranek S, Clinical Inquiries: Does exercise alleviate symptoms of depression? *J Fam Pract.* 2010 Sep;59(9):530-1.
38. Keþinski A, Gyvenimo ritmas, Vilnius 2008.
39. Khouzam HR, Tiu Tan D, Gill TS, Psichiatrijos vadovas, 2007.
40. Lange-Ernst ME, Efektyvus depresijų ir baimės ligų gydymas, Kaunas, 2002.
41. Lozanos specialieji bendri pareiškimai dėl pagyvenusių žmonių psichiatrijos, PSO, psichikos sveikatos departamentas, Ženeva 1999, VDU, Socialinio darbo institutas, Kaunas, 2002.
42. Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. [Intervention Review], Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD004366.

43. Mota-Pereira J, Silverio J, Carvalho S, Ribeiro JC, Fonte D, Ramos J, Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder, *J Psychiatr Res.* 2011 Mar 4. [Epub ahead of print].
44. Osei-Tutu K & Campagna PD. The effects of short-vs. long-bout exercise on mood, VO2max, and percent body fat. *Preventive Medicine*, 2005;40(1):92-98.
45. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR, Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011 Mar 18. pii: S1516-44462011005000006. [Epub ahead of print].
46. Schwandt M, Harris JE, Thomas S, Keightley M, Snaiderman A, Colantonio A, Feasibility and Effect of Aerobic Exercise for Lowering Depressive Symptoms Among Individuals With Traumatic Brain Injury: A Pilot Study, *J Head Trauma Rehabil.* 2011 Mar 7. [Epub ahead of print].
47. Sher L, Suicidal behavior in comorbid depression and post-traumatic stress disorder (Suicidinis elgesys esant depresiniam ir potrauminio streso sutrikimams), *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 2010; 12 (1):3.
48. Silveira H, Deslandes AC, de Moraes H, Mouta R, Ribeiro P, Piedade R, Laks J, Effects of exercise on electroencephalographic mean frequency in depressed elderly subjects, *Neuropsychobiology* 2010;61:141-147.
49. Strohle A, Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders, *J. Neural Transm.* 2009 Jun; 116(6):777-84. Epub 2008 Aug 23.
50. Wrigt JH, Ramirez Basco M, 5 depresijos gydymo raktai, 2007.

9. PRIEDAI